

Министерство Здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России
кафедра терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности
и качества медицинской помощи им. Э. Э. Эйхвальда;
кафедра общей, медицинской 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)

XVIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИКИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

**15 ноября 2018 года
Санкт-Петербург**

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

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

Санкт-Петербург
СИНЭЛ
2018

УДК 616.1/.9:159.922(082)
ББК 56.14я43+88.3я43
А43

«Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике», научно-практическая конференция (18; 2018; Санкт-Петербург).

XVIII научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике», 15 ноября 2018 года, Санкт-Петербург : сборник научных статей, вып. 17 / 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 [и др.] ; под общей редакцией акад. РАН Мазурова В.И. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ : Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии. – 44 с.

ISBN 978-5-6041772-2-8.
I. Мазуров, В. И., ред.

Глубокоуважаемые коллеги!

Очередной, уже восемнадцатой ежегодной конференцией «Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской 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 общей, клинической 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 кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова»

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

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

Кулаков Сергей Александрович — д. м. н., Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев»

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 СПбГУ, председатель Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга

Решетова Татьяна Владимировна — д. м. н., профессор кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э. Э. Эйхвальда 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 общей, медицинской 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 и сексологии 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, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи 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, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Ответственный секретарь организационного комитета:

Ковпак Д.В. — к. м. н., доцент кафедры общей, медицинской 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. — клинический психолог Центра когнитивно-поведенческой психотерапии ВеСВТ, директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

ДИАЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Александров А. А.

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова, кафедра общей, медицинской психологии и педагогики

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) — это современная модель психотерапии, основанная на психологии отношений. Диалог с **воображаемым** другим — основной метод АКТА — является недостаточно изученным в современной психологии. Целью доклада является рассмотрение аналитико-катартической терапии с позиций диалогического подхода в психологическом консультировании и психотерапии, в основу которого положены концепции Л. С. Выготского и М. М. Бахтина. Главный технический прием АКТА — дублирование. Это психодраматический термин, означающий, что терапевт выступает в качестве дубля на месте пациента и выражает его чувства. Терапевт стремится быть «внутренним голосом», вскрывать тайные мысли и желания. Суть диалога в АКТА заключается в прояснении неотчетливых переживаний пациента. В процессе этого диалога неявный, имплицитный опыт пациента, существовавший прежде в довербализованной, дорефлексивной форме, в результате вербализации, становится явным, эксплицитным. Это процесс превращения внутренней речи, еще не вербализованной, во внешнюю, коммуникативную речь. Каким же образом неотчетливые, неосознанные переживания становятся доступными сознанию пациента и какова в этом процессе роль терапевта? Чтобы разобраться в этом, необходимо обратиться к концепции *внутренней речи* Л. С. Выготского.

Согласно концепции интериоризации формирование внутренних структур человеческой психики происходит благодаря усвоению структур внешней социальной деятельности. Внешняя речь (коммуникативная) интериоризуется во внутреннюю речь, диалоги с другими трансформируются во внутренние диалоги. Другой репрезентирован во внутреннем мире человека. Внешняя речь есть процесс превращения мысли в слова. Внутренняя речь — этап на пути к внешней (коммуникативной) речи. Это отрывочная, фрагментарная и сокращенная речь, в которой смысл преобладает над значением. «Внутренняя речь есть в точном смысле речь почти без слов». «Мысль, превращаясь в речь, перестраивается и видоизменяется. Мысль не выражается, но совершается в слове». «Сама же мысль не рождается из другой мысли, а из мотивирующей сферы нашего сознания, которая охватывает наше влечение и потребности, наши интересы и побуждения, наши аффекты и эмоции. За мыслью стоит аффективная и волевая тенденция».

В своем развитии вербальная мысль проходит следующие этапы: Мотивирующая сфера сознания — Мысль — Внутренняя речь — Внешняя (коммуникативная) речь. Внутренняя речь есть мысль, задержанная на своем пути к слову. Любая мысль, которая останавливается в своем движении к свету сознания, содержит сжатые термины и смыслы, которые вытесняются и диктуют свои законы отражения реальности. Внутренняя речь — это первый шаг мотивации к тому, чтобы

покинуть сферу бессознательного и переродиться в свое сознательное выражение (Гонзалес). Выготский писал: «Полное понимание чужой мысли становится возможным только тогда, когда мы вскрываем ее действительную, аффективно-волевою подоплеку, когда раскрываем самый утаенный внутренний план речевого мышления: его мотивацию. «Самый утаенный внутренний план речевого мышления» есть не что иное, как неосознанные содержания, которые на пути в сознание не находят своего вербального выражения, не достигают своего полного сознательного выражения. Об этом Выготский пишет: *«Слово, лишенное мысли, есть, прежде всего, мертвое слово. Но и мысль, не воплотившаяся в слове, остается стигийской тенью...»*.

Выготский подчеркивает, что описанный им путь от мысли к слову не всегда осуществляется на деле. Возможны самые разнообразные прямые и обратные движения, а также возможно движение, обрывающееся на любом пункте этого сложного пути в том и другом направлении.

Экстраполировав мысли Выготского на практику диалога в АКТА мы можем сделать следующее обобщение. Внутренняя речь — это процесс мышления, процесс превращения мысли в слово, ее вербализация. Этот процесс, как подчеркивает Выготский, может останавливаться в любом пункте пути от мотива к слову. Эти пункты на пути к сознанию и являются «мишенями» для терапевтического воздействия в АКТА. Терапевт помогает пациенту вербализовать неотчетливые переживания, осознать его замысел, превратить тайное (имплицитное) в явное (эксплицитное). С этой целью терапевт использует интуицию, эмпатическое понимание, конфронтацию. Как проникнуть в мир переживаний человека, «услышать» эту внутреннюю, почти безмолвную речь? В АКТА таким средством является диалог пациента с воображаемым значимым другим, в котором в качестве посредника выступает терапевт. Чтобы понять сущность диалога в АКТА следует принять во внимание то обстоятельство, что внутренняя речевая активность разделяется на два типа — внутреннюю речь и внутренний разговор. Внутренний разговор есть диалог с самим собой, а основной функцией внутренней речи является кодирование мысли с помощью языка и декодирование воспринимаемых слов в значения (D. Vocate, 1994). Диалог в АКТА следует отличать от внутреннего разговора пациента с самим собою или воображаемым собеседником («речь про себя»). Диалог в АКТА — это «внешняя», коммуникативная речь, которая «совершается» в процессе декодирования внутренней невербализованной речи при активном участии и под контролем терапевта. Можно сказать, что это одновременно и диалог между пациентом и терапевтом в присутствии и при свидетельстве виртуального другого.

Другая важная концепция, которую мы привлекаем в качестве теоретического обоснования диалога в АКТА — диалогическая концепция бытия М. М. Бахтина, которую он развивает, опираясь на литературные произведения Ф. М. Достоевского. Анализируя творчество Ф. М. Достоевского, он описывал его подход к исследованию сознания героя как «внутренне диалогический». Два героя всегда вводятся Достоевским так, что каждый из них интимно связан с внутренним голосом другого. Поэтому в их диалоге реплики одного задевают и даже частично совпадают с репликами внутреннего диалога другого. Глубокая существенная

связь или частичное совпадение чужих слов одного героя с внутренним и тайным словом другого героя — обязательный момент во всех существенных диалогах Достоевского. Факт взаимосвязи реплики одного героя с внутренним голосом другого в произведениях Ф. М. Достоевского крайне важен для понимания сущности метода диалога в АКТА — диалога с воображаемым Другим.

Подлинно диалогическим является такое общение, при котором возникает «резонанс» воспринимаемой реплики собеседника и собственного «тайного слова» — еще не выговоренной вслух, недооформленной в речи и не до конца осознанной мысли. Психологический смысл этой коллизии в том, что чужое высказывание так или иначе способствует кристаллизации, амплификации своего высказывания — в качестве ответной реплики другому или себе как другому. В АКТА это положение находит свое отражение в технике двойного дублирования — технике выявления «тайного слова».

Опираясь на концепцию полифонического сознания последователи М. М. Бахтина (Hermans, 2001, 2006) выделяют в структуре «Я» множество относительно самостоятельных «голосов» («Я-позиций»), которые ранее представляли собой участников некоторых социальных отношений. Каждая из этих позиций выражает различные части личностного сознания, порождая соответствующие им воспоминания или истории (нарративы). Это означает, что внутренний диалог на самом деле представляет собой полилог — одновременное взаимодействие между собой нескольких психических инстанций. В данном случае происходит полилог между новыми и прежними «участниками» внутреннего диалога, осуществляется взаимопроникновение их позиций. Таким образом, если рассматривать внутренний диалог в плане развития, генетически, — он представляет собой полилог, так как включает в свернутой форме, как правило, генетически более ранние внутренние диалоги (Кабрин В. И. и др., 2009).

АКТА — полифоническая форма психотерапии, сравнимая по структуре с полифоническим романом Достоевского, в котором голоса различных позиций принадлежат их конкретным носителям — героям сочинения. В АКТА герои — это значимые другие пациента, связанные с различными этапами его жизни, образы которых репрезентированы в его внутреннем мире.

Разведение внутренних голосов по конкретным значимым другим — носителям определенных смыслов, позиций, с последующим вступлением пациента в диалог с ними — это главный принцип диалога в АКТА и он же главный технический прием. В процессе перехода от сеанса к сеансу, от одной значимой фигуры к другой, происходит экспликация (развертывание) внутренних голосов, другими словами — превращение «почти молчаливой» внутренней речи во внешнюю речь.

Диалоги в АКТА движутся по так называемому герменевтическому кругу (кругу понимания), когда пациент переходит от одной значимой фигуры к другой, устанавливая тем самым связи между фигурами из прошлого и настоящего, выстраивая их в единую психогенетическую цепь. Понимание связи внутриличностной проблематики с межличностной конфликтностью приводит к росту самосознания и, прежде всего, осознанию своей роли в конфликтной ситуации, интеграции личности и коррекции нарушенных отношений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛИНТОВСКИХ ГРУПП МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПСИХОЛОГОВ – КОНСУЛЬТАНТОВ В РАБОТЕ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ

Васильева Н.Г., Винокур В.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»,

Кафедра психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Балинтовская Ассоциация (Россия)

Проблема выгорания является актуальной для субъект-субъектных профессий, к которым относятся и медицинские работники: врачи, психологи, медицинские сестры, социальные работники. Характер их профессиональной деятельности во многом определяется необходимостью вступать в большое количество эмоционально насыщенных контактов. Значительные эмоциональные перегрузки влекут за собой развитие профессионального выгорания (Б.Д. Карвасарский, 2010). В основе структуры выгорания лежит истощение и искажение эмоций, а разворачивающийся во времени процесс выгорания сопровождается трудностью рефлексии своего состояния и в конечном итоге ведет к эмоциональной изоляции специалиста, снижению его профессиональной и личной эффективности.

В настоящее время синдром «выгорания» в помогающих профессиях и, прежде всего — у медицинских работников, признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и даже внесен в «Лексиконы психиатрии» Всемирной Организации Здравоохранения (2001): «Синдром выгорания — это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся снижением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, к употреблению алкоголя или других психоактивных веществ с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию зависимости.. Этот синдром обычно расценивается как стресс — реакция в ответ на производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением другими сферами жизни, в частности, семейной, или отдыхом». По данным W. Schaufeli et al. (2009), в некоторых европейских странах, в особенности в тех, где существует развитая система медицинской и социальной помощи (Нидерландах, Швеции и некоторых других), «выгорание» является официальным медицинским диагнозом, что позволяет людям, страдающим этим расстройством, обращаться за медицинской и психологической помощью, включенной в систему медицинского страхования.

Истоки и определенный риск «выгорания» присутствуют в системе достаточно распространенных и нередко весьма иррациональных представлений о сути «помогающих» профессий, в частности, медицины, и о личностных особенностях тех, кто эти профессии для себя выбирает. Профессиональные установки формируются и глубоко укореняются в личностной сфере, поэтому в них отражаются

и через них реализуются индивидуальные особенности носителя этих установок, не осознающего, что вместе с профессией мы выбираем и все ее проблемы. Поэтому можно в полной мере отнести к медицинским работникам представление R. Newton (1995) о том, что профессиональный стресс есть прежде всего «... следствие особенностей и индивидуальных характеристик работающего в этой профессии человека». Синдром профессионального «выгорания» рассматривается сегодня как многомерный феномен, выражающийся в психических и физиологических реакциях на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности. Его рассматривают в нескольких плоскостях — влияния на результаты труда, психическое и физическое здоровье самих профессионалов, описывая как рассогласование или несоответствие в системе «личность — профессиональная среда» либо как результат нарушенных (дисфункциональных) ролевых взаимоотношений самих медицинских работников со своими пациентами

Необходимость адекватной «эмоциональной» супервизии в процессе профессионального развития специалиста очевидна. Эффекты балинтовской группы направлены на повышение осознанности профессиональной коммуникации и защищают специалистов помогающих профессий от разрушающего действия ее неосознаваемых аспектов (В. А. Винокур, 2015).

Из нескольких тысяч российских врачей, принявших в последние годы участие в обсуждении на Российском медицинском сервере проблемы профессионального «выгорания» врачей и других «помогающих» профессионалов, и способов его коррекции и предупреждения, около 87% респондентов отметили у себя его признаки, при этом 50% отметили, что рассматривают балинтовские группы как наиболее эффективное средство в предупреждении и коррекции синдрома профессионального «выгорания». После них по эффективности идут, по представлениям российских врачей, индивидуальное психологическое консультирование и различные социальные решения, улучшающие работу врачей и их профессиональное «самочувствие». Объективные данные о распространенности «выгорания» среди врачей, полученные в результате методически корректно проведенного научного исследования, представили A. Brøndt et al. (2008). Обследовав в Дании 458 врачей общей практики с помощью опросника MBI — HSS, авторы установили, что распространенность профессионального «выгорания» у датских врачей достигала 25%, при этом в 3% случаев отмечалась его высокая степень. Каждый третий из обследованных врачей отмечал у себя неудовлетворенность результатами своего труда и его обесценивание, у каждого пятого отмечалась деперсонализация в работе и у каждого десятого врача — признаки эмоционального истощения, согласно структуре синдрома профессионального «выгорания», предложенной С. Maslach (1981).

R. Winefield et al. (2008), обследовав 966 австралийских врачей, показали, что $\frac{1}{3}$ из них отмечает у себя высокий уровень профессионального стресса, при этом его интенсивность прямо связана с полом (у женщин существенно выше), стажем работы и субъективным отношением к ней. Основное, что, по мнению авторов этого исследования, влияет на развитие профессионального «выгорания», — это дефицит времени на принятие решений, переживание высокой

ответственности, частые межличностные и этические конфликты в коллективах медицинских работников и дефекты в организации работы.

Отмечено, что жесткая, построенная на иррациональных внутренних установках, тенденция постоянно сдерживать выражение своих чувств в эмоционально напряженной коммуникации сопровождается выраженным изменением вегетативных реакций и хронизацией их расстройств. Американский Национальный институт профессиональной безопасности и здоровья (NIOSH) рассматривает психические и психосоматические расстройства как следствие высоких рабочих нагрузок и их несоответствия способностям, ресурсам и потребностям работников. По оценкам NIOSH, 75% работников рассматривают свою работу как стрессовую, а 25% — профессиональную деятельность как наиболее стрессовый фактор в своей жизни. У 36% опрошенных наблюдалось снижение производительности труда; у 31% — нарушение их социальных отношений; у 29% — ухудшение состояния здоровья.

Представление о высокой эффективности балинтовских групп в коррекции и профилактике профессионального «выгорания» подтверждено целым рядом вполне корректно проведенных исследований как у нас (V. Vinokur, 2003), так и за рубежом (R. Addison, 1994; K. Bobay, 1998; B. Maoz, 2003; M. Delbrouck, 2008; и др.). Эти наблюдения очень образно и достаточно точно отражены в Нобелевской речи Иосифа Бродского: «И даже если весь мир, вероятно, спасти уже не удастся, то отдельного человека всегда спасти еще можно»;

В основе представленной нами работы лежит многолетний опыт ведения и оценки эффективности балинтовских групп, а также диагностики, предупреждения и коррекции профессионального выгорания у медицинских работников на разных этапах их профессионального становления.

Балинтовская группа действует в формате аналитической профессиональной супервизии. Она ставит в фокус рассмотрения профессиональную коммуникацию и позволяет понять, почему те или иные переживания, ожидания, мотивы пациентов игнорируются, подавляются, вытесняются специалистом и как это связано с его собственными реакциями контрпереноса по отношению к пациенту. В балинговской группе происходит коррекция ошибок, связанных с игнорированием сильных эмоциональных переживаний, как своих, так и пациента. Анализ работы балинговских групп показывает их эффективность в устранении ошибок установления терапевтического альянса с пациентом, в планировании и осуществлении терапевтического процесса. Реакции, возникающие у «помогающих» специалистов (игнорирование, подавление, вытеснение) являются естественными и даже неизбежными и связаны с работой психологических защит, предохраняющих от сильных эмоций. Необходимым условием профессиональной эффективности является развитие коммуникативной компетентности специалиста в той части, где он учится осознанно взаимодействовать с собственными эмоциями, возникающими в ситуации профессионального общения, и использовать их в качестве инструмента в работе. Если профессионал не занимает активной позиции в отношении сохранности своей эмоциональной сферы, то неизбежным образом он сталкивается с последствиями выгорания, поскольку практикующий специалист находится в ситуации интенсивного профессионального общения.

Ядром профессионального выгорания является эмоциональное истощение, огрубление эмоций и снижение профессиональной самооценки. Их формирование происходит постепенно в контакте с факторами профессиональной среды, основным из которых у медицинских работников является эмоционально напряженная профессиональная коммуникация с пациентами, их родственниками, коллегами в условиях дефицита ресурсов: временных, организационных, личных. В разных профессиональных подгруппах выгорание проявляется разными симптомами в зависимости от характера ведущего психотравмирующего фактора. У врачей выражены четыре симптома: неадекватное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, эмоционально-нравственная дезориентация и переживание психотравмирующих обстоятельств (Н.Г. Васильева, 2016). Личность специалиста реагирует на ситуацию насыщенного профессионального общения включением психологических защит, которые действуют через сокращение профессионального общения. На практике это проявляется разной степенью включенности в общение с пациентами, которые получают внимание и помощь в зависимости от настроения специалиста, а не от объективной потребности.

Важнейшей стороной балинтовской работы является воссоздание ситуации профессионального контакта в безопасной и эмпатийной обстановке супервизии. Балинтовская группа учит на практике осознавать и использовать свои эмоции в применении к реальным профессиональным задачам и этим отличается от всех остальных групп коммуникативной направленности. В ней есть погруженность в привычную деятельность, развитие происходит с учетом актуальных целей, результаты могут быть немедленно использованы в работе. При нахождении в таких условиях у действующего специалиста возникает реальная мотивация к изменению.

В анализе влияния балинтовской супервизии на профессиональный и личностный рост участников балинтовских групп и на выраженность их профессионального выгорания представляют интерес результаты исследования, проведенного Tom Stockman (2015). В этой работе изучались реакции большой группы молодых врачей различных специальностей в Великобритании после периода их активного участия в балинтовской группе, направленного на повышение осознания и тем самым улучшение их коммуникативных навыков во взаимодействии с пациентами, осознание своих эмоциональных реакций на них, снижение уровня своей «профессиональной алекситимии». Участникам этого исследования был предложен опросник, в котором необходимо было выразить степень своего согласия с шестью утверждениями по шкале оценок от 0 до 9 баллов:

1. *Группа помогла мне почувствовать себя более уверенным в своей работе.*
2. *Работа в группе улучшила мои коммуникативные навыки в общении с пациентами.*
3. *Группа помогла развить в себе целостное понимание пациента и его реакций в процессе взаимодействия с ним.*
4. *Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии.*
5. *Группа позволила мне получить поддержку коллег.*
6. *Группа помогла мне почувствовать большие удовлетворения от своей работы*

Результаты исследования показали, что работа в балинтовской группе, по мнению ее участников, привели к заметным для них позитивным изменениям. Наиболее высокие показатели отмечены в согласии участников этих групп с утверждениями 4 («Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии») (8,4 балла) и 3 («Группа помогла мне развить в себе целостное понимание пациента») (7,8 баллов). Можно также отметить, что эти данные тесно связаны с показателями согласия с другими утверждениями опросника Т. Stockman, – «Группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы» – 7,0 баллов и «Группа помогла мне улучшить мои коммуникативные навыки в общении с пациентами» – 6,8 баллов.

Группа своей целостностью позволяет врачу достигать его большей внутренней интеграции и одновременно с этим более успешно интегрировать систему его взаимоотношений с пациентом, переживающим в этих отношениях свою собственную дезинтеграцию (вспомним, что слова исцелять, *целитель* и целостный в русском языке происходят из одного корня). Группа помогает успешнее избегать ситуаций профессиональной и межличностной конфронтации с пациентами, например, в случаях, когда врачи демонстрируют по отношению к ним *агрессивный, равнодушный, пассивный, формальный, авторитарный, импульсивный, аффективно-ригидный и другие неэффективные в терапевтической практике стили реагирования и взаимодействия.*

Балинтовская группа создает врачам новую среду для профессионального роста, для взаимного обучения, построенного на тесном сотрудничестве и сплочении ее участников в совместных усилиях по достижению целей своего профессионального развития. В социальной психологии такие цели называются экстраординарными, или общими целями, требующими совместных усилий для их достижения, при этом различия между людьми, их споры и разногласия по отдельным вопросам успешно устраняются в процессе диалога и сотрудничества или просто перестают замечаться как незначимые. Балинтовская группа создает у своих участников изменения, которые осознаются ими и адекватно интегрируют цель, процесс и результаты изменений, становящихся источником развития этих специалистов, поскольку изменения без развития возможны, а развитие без изменений — нет.

Эффекты балинтовской группе направлены непосредственно на основные проявления выгорания. Новый опыт, когда каждый представленный случай получает все внимание группы, противостоит неосознаемому выборочному эмоциональному реагированию. Погружение в эмоционально-насыщенное поле исследования профессионального контакта заменяет отстраненность и равнодушие, характерное для симптоматики редукции профессиональных обязанностей. В результате «эмоционального штурма» (в противовес мозговому) происходит знакомство с широким спектром своих чувств по отношению к пациенту. Их осознание открывает дорогу более спокойным переживаниям, становится доступной эмпатия. Пациенту, обезличенному в глазах специалиста в результате его эмоционально-нравственной дезориентации, возвращается истинное значение и ценность. Благодаря сложным процессам участник балинтовской группы проходит через

«перезагрузку» эмоций, они становятся ярче, палитра реагирования расширяется, появляется энергия для реализации творческого потенциала в работе. Балинтовская группа способствует профессиональному росту и повышению профессиональной самооценки и является эффективным инструментом, направленным против выгорания.

Основываясь на данных литературы, посвященной анализу работы балинтовских групп, и наших собственных многолетних наблюдениях и впечатлениях, можно совсем кратко подытожить позитивные аспекты этой работы и то, что она дает ее участникам, врачам и психологам:

- они становятся более мотивированными (и эта мотивация становится ими более осознанной) на оказание помощи другим людям;
- они становятся более чувствительными, восприимчивыми и открытыми к эмоциональным реакциям других людей;
- они лучше понимают и анализировать свои собственные эмоциональные реакции в процессе коммуникации с пациентами и коллегами;
- у них развивается умение устанавливать конструктивные ограничения в межличностном взаимодействии;
- у них развивается умение, основанное на более глубоком и конструктивном понимании, использовать различные ситуации профессионального взаимодействия в терапевтических целях и четче структурировать процесс терапии, достигая его согласованного понимания с пациентом.

На практике выгорание сопровождается неопределенностью профессиональной роли, снижением профессиональной самооценки, стойким отрицанием своих сложных эмоциональных переживаний. Балинтовская группа дает уникальный опыт анализа эмоций в понимании профессиональной коммуникации и направленно противодействует основным проявлениям профессионального выгорания, способствуя тем самым повышению эффективности работы врачей и улучшению их профессионального «самочувствия».

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Грехов Р. А., Сулейманова Г. П.

ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А. Б. Зборовского», г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград

ФГАОУ ВО «Волгоградский государственный университет», г. Волгоград

Введение. Проблема психосоматических заболеваний в последние годы уделяется достаточно внимания. Франц Александер рассматривал формирование симптомов с позиции психодинамики эмоций, где глубина подавления аффекта играет ведущую роль. По его мнению, «эмоция становится патогенной, если она не находит выражения в открытом поведении, т. е. если она не отреагирована» [1]. Агрессия, как базовая эмоция, служит формой отреагирования физического и психического дискомфорта. Внешнее проявление агрессии ведёт к психоэмоциональной разрядке, а вот подавление и вытеснение агрессии может выступать, как важный симптомообразующий фактор вследствие накопления аффективного напряжения, которое может выражаться в повышенном мышечном напряжении или генерализованных болях [2].

Целью исследования явилось изучение конкретных форм и особенностей проявления агрессии у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 37 человек с диагнозом ревматоидного артрита. Из них женщины — 32 человека, мужчины — 5 человек, в возрасте от 44 лет до 57 лет, средняя длительность заболевания $6,68 \pm 5,4$ лет. Для проведения диагностики показателей форм агрессивности была взята методика А. Басса и А. Дарки [3].

Результаты и их обсуждение. Исходя из полученных данных, было установлено, что индекс агрессивности у 56,75% обследуемых оказался ниже нормы, у 40,55% была выявлена норма агрессивности и лишь у 2,7% больных были зарегистрированы высокие показатели агрессивности. Это подтверждает склонность людей с ревматоидным артритом к сдерживанию прямого выражения агрессии.

Показатели индекса враждебности распределились следующим образом: у 59,45% диагностировалась норма, у 32,43% был выявлен высокий уровень враждебности, у 8,1% обследуемых уровень враждебности оказался низким.

Высокий уровень враждебности при низком уровне открытой агрессии позволяет указать на то, что ощущение опасности у пациентов с ревматоидным артритом весьма выражено, но склонность к ожидаемым в данном случае защитно-агрессивным реакциям низка, и враждебные тенденции остаются неотрагированными.

В результате анализа отдельных форм агрессивности, наиболее выраженной и характерной для больных ревматоидным артритом формой проявления агрессии являлось чувство вины (в среднем $76,1 \pm 21,12$ баллов). Чувство вины относится

к группе аффектов, включающих в себя страх перед наказанием, как внешним, так и внутренним, чувство раскаяния, угрызения совести и смирение, а также представлять собой проявление аутоагрессии. В их основе лежат тенденции к саморазрушению, что может выполнять роль бессознательного самонаказания, призванного облегчить чувство вины.

Также у больных РА регистрировался высокий уровень косвенной агрессии (в среднем $59,7 \pm 22,81$ баллов) и обиды ($55,2 \pm 22,81$ баллов). Проявление вербальной агрессии и раздражения оказались выражены незначительно, составив в среднем $49,3 \pm 22,35$ и $47,2 \pm 21,12$ баллов. У больных не было выявлено склонности и к проявлениям подозрительности (в среднем $44,9 \pm 27,97$ балла), физической агрессии ($41,6 \pm 25,02$ балла) и негативизма ($34 \pm 23,97$ балла).

Показатели чувства вины, косвенной агрессии, раздражения значимо отрицательно коррелировали с длительностью заболевания ($p < 0,05$).

Выводы. Агрессивные проявления у больных с ревматоидным артритом носит характер саморазрушения, представляя собой специфическую бессознательную форму отреагирования агрессивных импульсов, направленных против собственного организма. Накапливающиеся чувства вины, гнева в виде обиды, негативизма приводит к осязаемому психоэмоциональному напряжению, соматическим эквивалентом которых на физическом уровне выступает локальный или генерализованный болевой синдром. Полученные данные указывают на необходимость оказания больным психологической помощи, наряду с медикаментозным лечением. Психологическая коррекция должна быть направлена на преодоление тенденций к саморазрушению, чувству вины и обиды, на снижение враждебности и развитие чувства безопасности, а также на развитие навыков конструктивного отреагирования агрессивных импульсов. В частности, таким пациентам показана телесно-ориентированная психотерапия, направленная на разблокировку мышечных зажимов, а также на осознанный выход эмоций. Дополнительными психотерапевтическими техниками для данной категории пациентов могут выступать холистический массаж и терапия, основанная на биологической обратной связи.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М.: Геррус. — 2003. — 350 с.
2. Дмитриева Т.Б. Введение // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. — СПб: Юридический центр «Пресс». — 2002. — С. 3-9.
3. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. Карелин. — М.: Эксмо. — 2007. — 416 с.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ КАК КРИТЕРИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Грехов Р. А., Сулейманова Г. П.

ФБГНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А. Б. Зборовского», г. Волгоград

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград

ФГАОУ ВО «Волгоградский государственный университет», г. Волгоград

Введение. Многочисленные исследования в данном направлении указывают на многофакторность природы заболевания ревматоидного артрита (РА). Традиционно этиологические факторы РА рассматриваются в двух направлениях — психосоматическом (в аспекте этиопатогенеза) и соматопсихическом (в аспекте последствий и осложнений РА) [1,4]. Предпринимаемые усилия направлены на выявления и отслеживания психосоматических взаимосвязей, могущих вносить вклад в протекание РА. Также, фармакотерапия этого заболевания остается одной из наиболее сложных проблем медицины, а возможность полного излечения пациентов представляется сомнительной. В связи с чем поиск новых методов в комплексной терапии РА остается весьма актуальным вопросом.

Цель исследования. Изучить особенности аффективных нарушений в ходе применения структурно-резонансной электромагнитной терапии (СРЭМТ) у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В работе использовался аппарат структурно-резонансной электромагнитной терапии «Рематерп». «Рематерп» разработан ГУП МОКБ «МАРС» (г. Москва), сертифицирован (сертификат соответствия № РОСС RU ИМ04. В03083) и внесен в Государственный реестр медицинских изделий за № 29/23010499/0573-01. Терапевтический эффект аппарата основан на воздействии на организм переменных электромагнитных полей, создаваемых переменным током специфической формы, амплитуды и частот, выбранных на основе частот спонтанной биоэлектрической активности. Применялся сканирующий режим «А». Длительность одного сеанса составляла 43 мин. В среднем для достижения стойкого клинического улучшения курс СРЭМТ составлял 10-12 ежедневных процедур.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных с достоверным диагнозом РА. Пациенты обследовались при поступлении в стационар и при выписке.

Среди обследованных больных было 88 женщин (73,3% больных) и 32 мужчины (26,7% больных) в возрасте от 18 до 66 лет, средний возраст составил $44,75 \pm 1,93$ года. Продолжительность заболевания менее 1 года выявлена у 20 больных (16,7%), от 1 года до 5 лет — у 34 (28,3%) и свыше 5 лет — у 66 (55%).

Больные РА путем случайного подбора были разделены на две группы, сопоставимые по половому составу, возрасту и длительности заболевания: основную и контрольную. Пациенты обеих групп получали аналогичное медикаментозное

и физиотерапевтическое лечение. Кроме того, больные основной группы дополнительно получали с помощью аппарата «Рематерп» в сканирующем режиме «А» 10-12 ежедневных сеансов структурно-резонансной электромагнитной терапии, продолжительностью каждого 43 мин. Для исследования влияния СРЭМТ на психологический статус пациентов с РА использовались следующие стандартизованные психодиагностические методики [2]:

- тест на тревожность Спилберга-Ханина — для изучения выраженности личностной и реактивной тревожности;
- методика Бека — для исследования выраженности депрессии.

Результаты и их обсуждение.

В ходе лечения в основной и контрольной группах были получены следующие результаты, которые приведены в таблице.

Показатели средних значений тревожности и депрессии у больных основной и контрольной группы у больных ревматоидным артритом

	Диапазон нормативных номинальных показателей в баллах	Основная группа до лечения	Основная группа после лечения	Контрольная группа до лечения	Контрольная группа после лечения
Реактивная тревожность	до 30	51,65±0,21	43,54±0,34*	51,65±0,29	47,15±0,37
Личностная тревожность	до 30	48,91±0,42	38,91±0,32*	48,85±0,44	43,95±0,35
Депрессия	до 9	14,16±0,14	20,45±0,19*	11,25±0,236	15,35±0,1

Примечание: * — $p < 0,05$.

Больные обеих групп характеризовались повышенным уровнем личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Это свидетельствует в пользу наличия актуального личностного конфликта и активного напряжения поисковых и адаптивно-приспособительных механизмов. Высокий уровень тревожности не только снижает качество жизни пациента, но и оказывает неблагоприятное влияние на течение болезни, вызывая у пациентов неадаптивные формы поведения.

В процессе лечения указанные показатели имели тенденцию к снижению, однако эта динамика была достоверной только у больных основной группы (ЛТ при $p < 0,05$, РТ при $p < 0,001$).

На основании полученных данных можно сделать вывод о наличии у пациентов с РА выраженных тревожно-депрессивных нарушений, которые проявляются явлениями раздражительной слабости, повышенной истощаемости, слабодушием, слезливостью, слабостью концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а также вегето-сосудистыми проявлениями [3].

В процессе лечения комбинированной терапией, включая СРЭМТ, показатели депрессии имели тенденцию к снижению, однако эта динамика была достоверной только у больных основной группы ($p < 0,05$).

Полученные результаты подтверждают данные ряда экспериментальных исследований, которые указывают на возможность воздействия магнитного поля на центральную нервную систему, при котором отмечается повышение активности моноаминоксидазы, параллельно с увеличением уровня серотонина [5].

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о достоверном положительном влиянии метода структурно-резонансной электромагнитной терапии на эмоциональный статус больных РА, который хорошо сочетается с традиционной лекарственной терапией.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М.: Геркус. — 2003. — 350 с.
2. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. Карелин. — М.: Эксмо. — 2007. — 416 с.
3. Грехов Р.А. Роль тревоги в психофизиологии стресса / Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. — Серия 11. — Т. 7, № 1. — С. 57-66.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2008. — 1024 с.
5. Мартынюк В.С. Влияние комбинированного действия слабого низкочастотного магнитного поля и гипокинезии на активность моноаминоксидазы в различных отделах головного мозга крыс / В.С. Мартынюк, Р.И. Исламов // Ученые записки Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского. — 2009. — Том: 22, № 3 (61). — С. 89-94.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ И СПЕЦИФИКИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ НА РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА АППАРАТЕ ГАММА-НОЖ

Захарова М. Л., Иванов П. И.

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург, кафедра клинической психологии
ООО «ЛДЦ МИБС», Санкт-Петербург, клиника радиохирургии,
стереотаксической радиотерапии и общей онкологии*

Радиохирургическое лечение (РХЛ) — одна из методик лучевой терапии (радиотерапии), заключающаяся в однократном облучении патологического очага высокой дозой ионизирующего облучения, которая распределяется точно в соответствии с размерами и формой патологического очага с минимальным облучением окружающих тканей и всего тела. Особенности РХЛ на аппарате Гамма-нож заключаются в том, что основными показаниями к лечению являются доброкачественные и злокачественные объемные образования головного мозга (ГМ) малого размера, сосудистые заболевания (артериовенозные мальформации (АВМ), кавернозные ангиомы), функциональные нарушения нервной системы (невралгия тройничного нерва, паркинсонизм). Лечение проводится амбулаторно в течение одного дня без использования общей анестезии, восстановительный период не требуется, на следующий день пациенты занимаются обычной деятельностью. При этом результативность лечения метастазов выявляется уже через неделю, доброкачественных новообразований — через несколько месяцев, эффективность лечения составляет 75%–95%, продолжительность и качество жизни сопоставимы и выше продолжительности и качества жизни после хирургического лечения. Но точность облучения обеспечивается с помощью специального стереотаксического фиксирующего устройства — стереотаксической рамки, а сама процедура лечения проводится с фиксацией головы пациента на время всей процедуры. Это может оказывать влияние на психоэмоциональное состояние пациентов. В связи с этим нами и было проведено исследование, целью которого было изучение состояния тревоги у пациентов, поступивших на РХЛ на аппарате Гамма-нож. Достижение поставленной цели предполагало решение следующих задач: 1) исследование степени тяжести и особенностей переживания тревоги, 2) исследование направленности тревожных переживаний; 3) проведение сравнительного анализа полученных данных.

В исследовании использовались: клинико-психологическое интервью, Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и непараметрический критерий Манна-Уитни. Критериями включения в группу были: 1) отсутствие ранее проводимого РХЛ и 2) отсутствие интеллектуально-мнестических нарушений. Исследование проводилось перед началом сеанса РХЛ в процессе психологической подготовки к процедуре лечения.

Выборка была представлена 335 пациентами (247 женщин (73,7%) и 88 мужчин (26,3%)) в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст — 50,26 года). Доброкачественные новообразования были у 43,4% пациентов (26% всей выборки —

менингиомы, 14% — вестибулярные шванномы и 3,3% — аденомы гипофиза). Метастазы в ГМ были у 37,6% пациентов (у 12,7% вследствие рака молочной железы (РМЖ), 12,2% — меланомы, 9% — рака легкого, 2,4% — рака ЖКТ, 1,2% — рака почек). 17% пациентов имели сосудистые нарушения (10,7% — АВМ, 6,3% — каверному) и 2,4% пациентов — функциональные нарушения нервной системы (1,8% — невралгии тройничного нерва, 0,6% — паркинсонизм). 23,9% пациентов были в возрасте до 40 лет, 22,1% — от 41 до 50 лет, 27,4% — от 51 до 60 лет и 23,6% — старше 61 года.

35,8% имели давность выявления заболевания, подвергающегося РХЛ, менее 1 месяца, 23,9% — от 1 до 3 месяцев, 9,6% — от 3 до 6 месяцев, 11,6% — от 6 до 12 месяцев, 11% — от 12 до 36 месяцев и 8,1% — более 36 месяцев.

Средний общий балл по всей группе испытуемых составил 24,4 и находился на уровне выраженного тревожного состояния. 66,3% всех пациентов имели высокую выраженность тревоги, 31,3% — умеренную и 2,4% — отсутствие тревожного состояния. В зависимости от основного заболевания средний общий балл в каждой из групп также находился на уровне выраженного тревожного состояния (24,8 — в группе пациентов с метастазами РМЖ, 24,6 — с метастазами меланомы, 24,4 — с метастазами рака ЖКТ, 25,5 — с метастазами рака легкого, 24,3 — с метастазами рака почек, 25,6 — с менингиомами, 22,51 — вестибулярными шванномами, 23,21 — каверномами, 26,5 — паркинсонизмом, 28 — невралгиями тройничного нерва, 28,1 — аденомой гипофиза). На границе высокой и умеренной выраженности тревоги был средний показатель в группе пациентов с АВМ (19,7), вероятнее всего обусловленный более молодым возрастом пациентов данной группы. Достоверные различия выявлены между показателями пациентов с АВМ и пациентов с аденомой гипофиза и невралгиями тройничного нерва.

В зависимости от возраста испытуемых баллы во всех группах находились на уровне выраженного тревожного состояния. Наименьшие баллы были в группе пациентов до 40 лет (21,2), наибольшие — в группе пациентов старше 61 года (25,9). В зависимости от давности диагностики заболевания также показатели во всех группах находились на уровне выраженного тревожного состояния. Наибольшие показатели были в группе пациентов с выявленным до 1 месяца заболеванием (24,5), с заболеванием, выявленным более 3 лет назад (24,4), наименьшие — в группе с выявленным от 1 до 3 лет назад заболеванием (20,7).

Основными симптомами тревоги были психическое и/или физическое напряжение трудности достижения расслабления (отметили 97,9% пациентов), тревожные мысли (отметили 97,6%), нарушения сна (отметили 82,8% пациентов, из которых 93,2% отметили тревожность сна и 84,7% — трудности засыпания), изменения в деятельности ССС (у 66,2% пациентов), изменения в деятельности ЖКТ (58,8%).

Основными векторами тревоги были: 1) прогноз на будущее, эффективность лечения (у 97,3%);

2) Предстоящая процедура РХЛ (сам процесс радиохирургии, установка стереотаксической рамки, процесс прохождения МРТ) и ее ожидание — у 92,5%;

3) Семья, дети, другие родственники, а также проблемы, которые могут лечь на их плечи в связи с болезнью, возможной инвалидизацией или даже смертью пациента — у 58,8%;

4) Финансовые трудности и возможные временные или постоянные проблемы с работой — у 29,4%;

5) Сомнения в правильности диагноза и/или получаемого лечения — у 20,7%;

6) Отсутствие необходимой и своевременной медицинской помощи по месту жительства — у 13,2%.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженной необходимости проведения психологической работы с пациентами, нуждающимися в РХЛ и поступающими на процедуру радиохирургического лечения как в связи с наличием и спецификой заболевания, так и в рамках психологического сопровождения процедуры лечения.

СКРИНИНГ ПРЕДИКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ковшова О. С.

**Клиники ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
отделение клинической психологии и психотерапии**

Актуальность. Российская федерация, по мнению ВОЗ — страна с высоким уровнем самоубийств (39 человек на 100 тысяч населения). Особенно актуальна в России проблема суицидального риска в молодежной среде. Частота самоубийств среди подростков увеличилась почти в 3 раза за последние 10 лет. Россия занимает второе место в мире по количеству пубертатных суицидов (14 тысяч несовершеннолетних совершили самоубийство в нашей стране за последние 5 лет). Второй по частоте причиной смерти в молодом возрасте является суицид. По данным исследователей, в возрасте 16-24 года происходит наибольшее число самоубийств, при этом суицидальная активность резко возрастает с 14-15 лет и достигает максимума в 16-19 лет [1,2,3,4].

Цель: определить значимые факторы риска суицидального поведения в молодежной среде в комплексном подходе выявления и коррекции индивидуально-психологических факторов дезадаптации личности.

Выборка. Обследовано 128 студентов, обучающихся на 1 и 2 курсах ВУЗов г. Самара. Возраст обследуемых — 16-18 лет

Методы исследования: психобиография и клиническая беседа (особенности взаимодействия пациента с социальным окружением и степенью его удовлетворенности этими отношениями, а также отношение к собственному телу, внешности); наблюдение; Анкета суицидального риска. Разработана доктором

медицинских наук, преподавателем кафедры психиатрии ВСО Государственного университета им. Святого Маркоса (г. Лима, Перу), А. Пералесом и соавторами в 1999 г. Патохарактерологический Диагностический Опросник (ПДО) для подростков. Разработан на основе классификации акцентуаций характера А. Е. Личко (1970). Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд, в модификации А. К. Осницкого (2004). Методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей (Метод «Парных сравнений» В. В. Скворцова) — 1986 г. Опросник суицидального риска А. Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой (1993). Для статистического анализа результатов исследования были использованы U-критерий Манна-Уитни и критерий углового преобразования Фишера. Корреляционный и регрессионный анализы.

Установлено, что в молодом возрасте люди встречаются с разными трудностями, такими как социальная фрустрация, ломка инфантильных стереотипов, формирование самостоятельности и ответственности за свои поступки, закрепление мировоззренческих ориентаций, определение перспектив и целей жизни и т. д., что может приводить к социально-психологической дезадаптации. В совокупности с кризисной ситуацией в стране они могут влиять на риск суицидального поведения.

Потенциально суицидо-опасными являются индивидуально-психологические факторы, связанные с эмоциональной сферой — лабильность, низкий самоконтроль, чувство одиночества, когнитивной сферой — дихотомическое мышление, пессимизм, социальным функционированием — неразвитые коммуникативные навыки, семейные дисфункции, а также склонность к аутоагрессии, нарушения самооценки, перфекционизм, утрата смысловых жизненных ориентаций.

Результаты регрессионного анализа позволяют рассматривать в математической модели прогноза суицидального риска три достоверно значимых фактора в качестве скрининг- предикторов риска суицидального поведения (ПСР) формулой:

$$\text{ПСР} = -0,294 \text{ А} + 0,084 \text{ Э} + 0,552 \text{ Д} + 30,666$$

где — снижение уровня социально-психологической адаптации (А), высокие показатели эскапизма (Э), высокие показатели гипотимии (Д).

Использование «Регрессионной модели скрининг-психодиагностики — предикторов риска суицидального поведения» позволит качественно улучшить методы психопрофилактики, психологического просвещения, психологического консультирования и психотерапии пациентов с эмоциональными нарушениями и суицидальным поведением.

Список литературы

1. Климов, В. М. Анализ факторов суицидального риска у студентов ВУЗа / В. М. Климов, Р. И. Айзман // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. — 2017. — Т. 7. № 5. — С. 55-66.
2. Максимова, С. Г. Социальные риски воспроизводства суицидального поведения в региональном социуме / С. Г. Максимова. — Барнаул: ИП Колмогоров И. А., 2016. — 239 с.

3. Харитонов, С.В. Интерпретация пиктографического экспресс-теста «Риск суицидального действия» и дополнительные возможности превенции суицидов / С.В. Харитонов, В.Е. Цупрун // Суицидология. — 2017. — Т. 8. №1. — С. 62-68.
4. Холмогорова, А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. — 2016. — Т. 24. №3. — С. 144-163.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Куликов Р. К.

*СПб ГУЗ «городская больница №20», поликлиническое
отделение №42, отделение медицинской реабилитации*

Многие европейские невропатологи (П. Жане (1912), И. Дежерин и Е. Гоклер (1912), П. Дюбуа (1912) и др.), описывали невротические состояния, опираясь на соматические проявления. Так, П. Жане (1912) в монографии «Неврозы» систематизирует симптомы при истерии и неврастении, а монография И. Дежерина и Е. Гоклера (1912) «Функциональные изменения при неврозах» направлена на изучение клинической картины невроза. Исследователи отмечали первостепенное значение психотерапии в лечении соматических расстройств.

Одно из интересных объяснений психосоматических заболеваний связано с предположением о нарушении гомеостаза (как преобладании тонуса одной из систем). Изучая эту проблему, вегетологи отмечали, что большую роль в восстановлении гомеостаза и регуляции внутренних органов, играет соотношение «сон — бодрствование», где сон является формой восстановления гомеостаза. Именно во сне (подразумевается норма в 7-8 часов) организм компенсирует нормальное функционирование путем восстановления нарушенных функций, если конечно нарушения не значительны.

Достаточно любопытные исследования были проведены на детях, где было выявлены особенности различий детских психосоматических реакций:

- тонус вегетативной нервной деятельности мобилен и перестраивается; [3]
- вегетативные проявления у разных детей и у одного и того же ребенка в разное время непостоянны;
- дети грудного возраста в норме имеют схожие вегетативные реакции, которые могут присутствовать у взрослых с выявленной патологией нервной системы;
- в сравнении с взрослыми, вегетативная нервная система у детей настоль-

ко незрелая, что некоторые реакции не редко представляются как патологические или неадекватные;

— в пубертате чаще выявляется преобладание симпатического отдела и пароксизмальное проявление вегетативных расстройств, а с взрослением (до 14 лет) отмечается преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы.

Одним из последних было предположение вегетологов о том, что психическое воздействие прямо влияет на телесное нарушение. Так **А.М. Вейн** (1991) предложил трехчленную схему формирования психосоматических расстройств: психическое воздействие — эндокринная и вегетативная системы — функциональные нарушения, т. е. психическое воздействие, является катализатором нарушений функций органов через вегетативную нервную систему. [1]

Что касается депрессии у детей, то чаще она оформляется в соматической сфере. Так **Г. Ниссен** (1971) считал, что многие «типичные» вегетативные нарушения можно рассматривать как симптомы депрессии, что формирует убеждение об обыденности депрессии в детском возрасте. На данный момент вопрос о явлении депрессии на жизнь психосоматических больных может быть значительно преувеличен, ведь по данным ВОЗ, хотя бы раз в жизни у любого человека депрессия наблюдалась и сопровождалась теми или иными соматическими проявлениями.

Некоторые исследователи подразделяют психосоматические заболевания на:

1. Психогенные — (например ипохондрия, булимия и т. д.) присутствуют выраженные нарушения функций органов.

2. Психофизиологические — патологические состояния, которые являются лишь физиологическими проявлениями аффекта.

3. Соматопсихические — большинство психосоматических заболеваний, Отличается наличием генетических факторов и характерологических особенностей влияющих:

— на развитие ребенка,

— на его чувствительность к травматическим факторам (соматическая и эмоциональная ранимость).

Психосоматические расстройства у детей имеют на данный момент две важных особенности:

— чаще всего эти расстройства поражают несколько органов или систем (полисистемное заболевание). Дети с поражением одного органа практически не встречаются.

— состояния чаще всего обратимы, функциональность восстанавливается относительно быстро, а вместе с ней исчезает и симптоматика.

Взрослые могут возвращаться к детским способам реагирования, и для заболеваний характерны частые декомпенсации нередко связанные с психотравмами (**В.В. Марилов** (1993)). [2]

Одно из важных исследований было проведено совсем недавно профессором **Алан Шором**, который определил, что важным является взаимодействие ребенка с матерью на ранних годах жизни. Позитивное взаимодействие ребенка с матерью, по мнению Шора, активизирует гены, которые во многом и определяют

дальнейшие способности ребенка. Также встает нейрофизиологический аспект депривации. Так мозгу младенца, который подвергается частым и интенсивным нарушениям привязанности, происходит ослабление вегетативного гомеостаза, что приводит к сдвигу по направлению к первичным метаболическим процессам, ответственным за выживание. Если родитель, который является первым учителем ребенка, не обучает ребенка навыкам восстановления гомеостаза и путям работы со стрессом, то это может привести к серьезным нарушениям, что является взаимозависимым фактором нарушений работы лимбической системы. [4]

В связи с этим можно отметить несколько значимых выводов:

1. Тяжелые нарушения привязанности, в том числе и депривация в младенчестве приводят к регуляторной недостаточности, выраженной в нарушениях лимбической активности (и как следствие нарушения стрессоустойчивости), дисфункции гипоталамуса и нарушениях вегетативного гомеостаза (Reite & Capitano, 1985). Это может служить основой формирования фундамента для психосоматического заболевания с ранних лет жизни.

2. Из-за травматических событий, связанных с жестоким обращением и пренебрежением, в автономной нервной системе происходят экстремальные и быстрые изменения: гипервозбуждение симпатической системы и гиповозбуждение парасимпатической, что создает хаотичные биохимические отклонения в развивающемся головном мозге.

Список литературы:

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение, под ред. А.М. Вейна/Из-во: Медицинское информационное агенство, 2000г., 752 с.
2. Марилев В.В. Психосоматозы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта/ Миклош, 2007г., 152 с
3. Маслов М. С. Диагноз и прогноз детских заболеваний (Теория и практика): Руководство для врачей./Л.: Медгиз, 1948. — 495 с.
4. Allan N. Schore, Plenary Address, Australian Childhood Foundation Conference Childhood Trauma: Understanding the Basis of Change and Recovery // Early right brain regulation and the relational origins of emotional well-being./ Children Australia, 2015, doi: 10.1017/cha.2015.13.

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
УПРАВЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛЬЮ ПРИ
СИНДРОМЕ РАЗРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Мелёхин А.И.

*Российский геронтологический научно-клинический центр,
ФГБУН Институт психологии РАН*

На данный момент синдром раздраженного кишечника (СРК) является распространенным изнурительным, флуктуирующим функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта. Распространенность этого расстройства у взрослых составляет от 9,0% до 23,5%, и лишь 10% обращаются за медицинской помощью из-за наличия следующих терапевтических барьеров: чувства разочарования из-за отсутствия контроля, стремления к изоляции, конфронтации в лечении и самостигматизации [2]. Этот синдром характеризуется целым спектром симптомов без морфологических и биохимических изменений, которые могли бы объяснить данную симптоматику [2].

Наличие интенсивной, рецидивирующей абдоминальной или «висцеральной» боли (IBS-related pain), является одним из преобладающих симптомов СРК и оказывает наибольшее влияние на качество жизни пациента [3;4;5]. Со слов пациентов с СРК эта боль носит разлитой абдоминальный характер. Чаще локализуется внизу живота, в области слева пупка, иррадирует в спину. У женщин с СРК при менструации может присутствовать боль в правом боку. Женщины сообщают о более сильных проявлениях абдоминальной боли, чем мужчины. У них наблюдаются большие изменения в восприятии боли, чем у мужчин в форме частого сканирования, прислушивания к ощущениям в теле, наличия проверяющего поведения (ощупывание, надавливание, скручивание).

Можно сказать, что «технически» СРК классифицируется как дисбаланс в мозг-кишечной оси (gut-brain axis). Абдоминальная боль при СРК связана с наличием «сенситивной» нервной системы, висцеральной гиперчувствительности, которая сопровождается желудочно-кишечной специфической (gastrointestinal-specific anxiety, symptom-specific anxiety) или висцеральной тревогой (visceral anxiety) [4;5]. Изменения в порогах чувствительности к боли меняют когнитивно-аффективные процессы пациента с СРК в сторону катастрофизации, переоценки вероятности, нетерпеливости к неопределенности. Появляется гипербдительность, негативный сдвиг в фокусе внимания, что часто приводит к формированию других сопутствующих болевых расстройств, включая фибромиалгию, синдром хронической усталости и хронической тазовой боли. В основе механизма висцеральной боли также лежат нейро-эндокринно-иммунные изменения и дисрегуляция микробиоты кишечника. Установлено, что вариабельность сердечного ритма (симпато-вагусный дисбаланс), в отличие от изменений в слюнном кортизоле и интерлейкине-10, является значительным предиктором абдоминальной боли при СРК [1]. Хотя алгоритмы медикаментозной терапии абдоминальной боли доступны, пациенты часто сталкиваются с побочными эффектами и проблемой самосто-

тельного управления симптомами. В связи с этим рекомендуется применять тактику входа в «сверху вниз» в ось мозг-кишечник с помощью психотерапии [3;4;5]. Показано, что когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) эффективна для управления абдоминальной болью, но поскольку протоколы включают в себя ряд компонентов, до конца неясно, какие из них более эффективны [1].

Часто применяется протокол экспозиционной когнитивно-поведенческой психотерапии (exposure-based CBT) как в очном (face-to-face format), так и дистанционном, скайп (internet-delivered cognitive behavioral therapy) форме [3;4;5]. Этот протокол основан на модели, предполагающей, что желудочно-кишечная специфическая тревога связана ощущением потери контроля и усилением «вторичного страдания». В связи с этим стимулы, приводящие к этой тревоге часто пациентами избегаются, чтобы уменьшить эти переживания. Например, прием определенных продуктов питания или избегание приема пищи вне дома. В этих ситуациях абдоминальные симптомы воспринимаются как невыносимые. Это избегание мешает пациенту с СРК получить новые, и часто противоречивые впечатление от стимулов, что в свою очередь способствует поддержанию страха стимулов и поддержанию дискомфортных симптомов [1]. Исследования показали, что избегание и контроль симптомов, поддерживание абдоминальные проблемы и хронифицирует синдром раздраженного кишечника. Показано, что протоколы экспозиционной терапии оказались эффективными в управлении симптомами раздраженного кишечника [1-5]. В таблице 1 мы на основе обзора зарубежных исследований [1-5] приводим описание модулей экспозиционной когнитивно-поведенческой психотерапии абдоминальной боли.

Таблица 1

Структура модулей экспозиционной когнитивно-поведенческой психотерапии абдоминальной боли

Модуль	Пациент	Родственники
1	Психообразование по поводу абдоминальных симптомов. Биопсихосоциальная модель симптомов и направления лечения. Избегающее и контролирующее поведение Постановка целей лечения	Роль стороннего внимания Обучение смещению фокуса внимания Карта поведения родственников по поводу абдоминальных симптомов пациента Специфика появления тревоги и разочарования
2	Роль негативных автоматических мыслей в абдоминальной боли Обучение упражнению осознанности «SOL» (стоп-наблюдать-не бороться, отпустить) Построение иерархии экспозиции	Обучение техники «золотые мгновенья» (Golden moments) – проведение качественного времени с пациентом без ориентации на симптомы

ХVIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике»

Модуль	Пациент	Родственники
3	Функциональный поведенческий анализ Психообразование о роли экспозиции в минимизации болевого синдрома	Способы поддержки пациента в лечении Усиление социальной и физической активности пациента
4	Разбор первых упражнений экспозиции Болевые и туалетные привычки Функциональный поведенческий анализ	Техники управления стрессом для родственников пациента План собственного отдыха
5	Обзор лечения 1-4 сессия. Упражнения по экспозиции	Обзор лечения 1-4 сессия. Выявление проблемных областей родственников
6	Функциональный анализ целенаправленного поведения Упражнения по экспозиции. Повышение уровня сложности.	Навыки решения проблемных вопросов лечения пациента.
7	Функциональный анализ целенаправленного поведения Обзор поставленных целей Упражнения по экспозиции	Функциональный анализ поведения родственников с акцентом на взаимодействие с пациентом Функциональный анализ целенаправленного поведения
8	Положительный анализ целенаправленного поведения Увеличение экспозиционной сложности. Воздействие нескольких стимулов.	Обзор лечения. Награждение себя за тяжелую работу, связанную с лечением пациента
9	Разбор вопросов по лечению. Барьеров. Обзор достигнутых результатов	Обзор лечения. Усвоенные навыки. Обзор проблем родственников.
10	Обзор актуальных избегающих и контролирующих видов поведения. Достижение целей и иерархии экспозиции Профилактика рецидивов	Обзор поведения родственников по отношению к пациенту. Профилактика рецидивов.

Из таблицы 1 видно, что психотерапевтическое лечение включает два направления работы с пациентом и параллельно с родственниками [3]. Вводится метафора «пористого фильтра» между желудочно-кишечным трактом и мозгом для объяснения пациенту и его родственникам повышенной чувствительности

к абдоминальным сигналам. Мозг сравнивается с громкоговорителем, который усиливает брюшные сигналы, потому что они воспринимаются как важные и опасные. Свербдительности, прислушивание к себе объясняется пациенту как следствие поведенческих ответов для того, чтобы контролировать или избегать дискомфортные ощущения. Это поведение носит дезадаптивную функцию и усиливает веру в важность и опасность брюшных ощущений. Устанавливается порочный круг реакций на боль. Когнитивное и поведенческое воздействие на симптомы брюшной области рассматривают в качестве средства, чтобы разорвать этот порочный круг. В ходе экспозиционного протокола пациенты провоцирует боль и другие брюшные симптомы, вступает с ними в бой через целенаправленного поведения с ценностью долгосрочного снижения симптомов и восстановления контроля. Часто пациенты говорят, что именно они, должны контролировать, управлять своим кишечником, а не наоборот. Мы применяем короткое упражнение на усиление осознанности СТОП-НАБЛЮДАЙ-ОТПУСТИ (mindfulness exercise «SOL») как поведенческий способ усилить эффект воздействия и вовлечения в целенаправленное поведение [3].

Включение в терапию родственников связано с тем, что они является важным контекстуальным фактором, связанным с симптомами боли при СРК. Чрезмерное внимание родственников к выражениям боли пациента с СРК увеличивает жалобы и риск развития рефрактерного течения заболевания. Поэтому важно обращать внимание на поведение родственником при лечении у пациента абдоминальной боли [2;3].

Список литературы

1. Bonnert M., Olén O., Lalouni M. Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. //Am J Gastroenterol. 2017. Vol. 12. № 1. P. 152-162. doi: 10.1038/ajg.2016.503
2. Craske M.G., Wolitzky-Taylor K.B., Labus J. A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. // Behav Res Ther. 2011. Vol. 49. № 6-7. P. 413-421 doi: 10.1016/j.brat.2011.04.001
3. Ljótsson B., Bonnert M. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Children With Pain-Related Functional Gastrointestinal Disorders: Feasibility Study. //JMIR Ment Health. 2017. Vol. 4. № 3 doi: 10.2196/mental.7985.
4. Ljótsson B., Falk L., Vesterlund A.W., Hedman E. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-a randomized controlled trial. //Behav Res Ther. 2010. Vol. 48. № 6. P. 531-539. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.003
5. Ljótsson B., Hesser H., Andersson E. Provoking symptoms to relieve symptoms: a randomized controlled dismantling study of exposure therapy in irritable bowel syndrome. //Behav Res Ther. 2014. Vol. 55. P. 27-39. doi: 10.1016/j.brat.2014.01.007
- 6.

**КОГНИТИВНО СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД
В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Нагаров В.И.

Северо-Западный Центр комплексной защиты информации

Актуальность поиска и разработки новых методов терапии и психотерапии психосоматических расстройств (ПСР), определяется, как шириной распространения психосоматических расстройств, так и развитием научных знаний в этой области и, как следствие, — появлением «нового взгляда на психику и психосоматическую проблему»(1). И на современную проблематику психической травмы и посттравматическому стрессовому расстройству (1; 2; 3).

Сложность терапии и психотерапии ПСР определяется также тем, что решение психосоматической проблемы зависит и от принципа детерминизма, которой определяет мировоззрения, ценности и убеждения, — как врача, так и пациента: детерминизм «до механический», механический, биологический или психологический (4: 14). Другими словами, вид детерминизма врача определяет методологию, форму когнитивной терапии, структуру психотерапевтического процесса и, в-третьих, субъектно-объектные, межличностные отношения врача и пациента (5; 6).

В данной статье рассматриваются психологические аспекты терапии ПСР и, следовательно, используется психологический детерминизм или, если в понятиях условно-рефлекторной теории И. П. Павлова, — вторая сигнальная система.

Когнитивная терапия (КТ), с практической точки зрения, определяется как любой вид психологической или психотерапевтической помощи, в котором ведущим объектом лечебного воздействия являются когнитивные процессы пациента или, как в случае психологической помощи, — и субъект их носителя.

Методические рекомендации по когнитивной терапии психосоматических расстройств (ПСР) для врачей и психологов опубликованы нами ранее (4; 7; 8), как и когнитивно-поведенческие методы терапии этих расстройств (5; 12; 15). Поэтому в настоящей статье эти рекомендации упоминаются вкратце, а основной акцент делается на структурном аспекте когнитивной терапии ПСР и социальных, межличностных аспектах терапии психосоматических расстройств (9; 10; 11). Практическим психологам и врачам, после определения типа ПСР и выбора методик работы с ним, рекомендуется учитывать факторы и уровни, когнитивной организации и зрелости когнитивной адаптации пациента. Это позволяет, во-первых, определить структуру когнитивной организации пациента и, во-вторых, определить методы и «мишени» в этой структуре для последующей когнитивной терапии, представленной далее десятиуровневой структуры. Для этого рекомендуется определить:

1 — как пациент ориентируется в окружающей его среде на основе «базового отношения» к окружающему его Миру (окружающий пациента мир, в целом, враждебен или дружелюбен), которое формируется обычно до 1,5-2 лет (Э. Эриксон и другие авторы); как клиент отвечает на вопрос — где Я? Что меня окружает? И как ко мне относится окружение? И так далее.

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

3 — какие способности пациента более всего влияют или проявляются в ПСР и какие могут использоваться для процесса лечения в триаде врач-болезнь-клиент; (что и как я делаю в этом окружении!? Как успешно-неуспешно я это делаю?)

4 — уровень намерений и развития волевой, целевой регуляции поведения пациента; (что я действительно могу и хочу? И что делаю реально? ... вынужден, должен делать ... под влиянием среды, окружения, других ...)

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

6 — уровень убеждений, доверия и веры, — плацебо эффект и «чудеса веры»; убеждения, верования способствующие развитию личности клиента и системы его социальных отношений или обратное этому.

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

8 — уровень предназначения, осознания своей миссии и смысла, значения болезни в субъективном мире клиента? Какую позицию пациент занимает в треугольнике «врач-болезнь-пациент»

9 — уровень самоопределения смысла и значения своей Жизни, миссии по отношению к окружающему человеку Миру, среде, культуре, к своим близким, в семье, на работе. Ответ на вопрос — зачем этот Мир мне? Наиболее актуален для подростков, молодежи планирующей свою социальную, семейную и профессиональную жизнь; пациентов переживающих возрастные кризисы, меняющих место жительства, место работы, после развода или потери близких и выходящих на пенсию.

В той или иной степени когнитивные структуры этого уровня могут объяснять высокую смертность среди подростков, мужчин пред пенсионного и выходящих на пенсию возраста. И тот факт, что каждый третий российский студент планирует уехать жить за рубеж ..., а каждый второй пенсионер лишается смысла жизни, выходя на пенсию ...:

10 — уровень самореализации или само актуализации в реальном, научном, профессиональном, виртуальном, искусственном или субъективном творчестве или социальном, культурно-творческом мире.

В том числе и посредством создания этих миров и «уход в них» из реального в ... болезнь или здоровье.

Этого уровня творчества достигают только зрелые индивидуальности и профессиональные руководители, которые само реализуются посредством создания собственной организационной и корпоративной культур, на основе которых создается Мир, в котором они живут.

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

1 — мотивация пациента — он реально должен хотеть выздороветь и быть здоровым;

2 — клиент должен осознавать ценность тех возможностей, которые ему предоставляет выздоровление, как условие достижения своих целей в своей жизни;

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

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

6 — ориентацию на процесс выздоровления рекомендуется строить на основе способностей и индивидуальных особенностей пациента (деформализация процесса терапии: метод для пациента, а не пациент для метода), формируя у пациента веру в способность победить болезнь самостоятельно (с помощью врача, но опираясь на собственные ресурсы пациента):

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

В когнитивной терапии ПСР, следует учитывать факторы, которые блокирует процессы когнитивной терапии [8] и переход пациента на более высокий уровень зрелости когнитивной адаптации (из выше перечисленных десяти):

1 — вторичная выгода от ПСЗ:

2 — психосоматический травматический опыт на ранних стадиях развития:

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

4 — родительские предписания сценариев жизненного пути (13). В основе ранних негативных решений людей лежат двенадцать постоянно повторяющихся тем, двенадцать приказаний, предписаний (родителей):

1. Не живи (Сгинь, Умри).

2. Не будь самим собой.

3. Не будь ребенком.

4. Не расти (оставайся маленьким).

5. Не делай успехов.

6. Не делай (ничего не делай).

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

8. Не принадлежи.

9. Не будь близким.

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

11. Не думай.

12. Не чувствуй.

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

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

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

Ниже выделены четыре типа психологических структур (Ананьев Б. Г.: 14) и соответствующие им «мишени» когнитивной терапии психосоматических расстройств. И далее даны ссылки на источники, в которых описаны методические основы выбора методов профилактики ПСР, включая особенности их использования в практике психологического консультирования, психотерапии, тренинга, коучинга.

Сутью индивидуальности, с точки зрения развития и строения психики человека, является, по мнению Б. Г. Ананьева (1980) — единство и взаимосвязь свойств человека как личности и субъекта деятельности, в структуре которых функционируют природные свойства человека как индивид. Развитие человека, как показано в работах Б. Г. Ананьев и его последователи (10), рассматривают как единый процесс взаимодействия биологического и социального, результатом которого является формирование индивидуальности, что соответствует динамической концепции психосоматических расстройств и является теоретико методологической базой для выбора инструментария в когнитивной терапии психологических структур:

1 — на уровне индивида, — психофизиологический аспект психосоматических расстройств, который определяется, в основном, возрастно-половыми и индивидуально типическими свойствами человека и вторичными свойствами индивида — структурой органических потребностей и динамикой психофизиологических функций человека. Высшей интеграцией свойств на уровне индивида является темперамент, тип которого определяет соответствующей метод работы с ним, например, Аутогипнотренинг (12), стресс и тайм менеджмент, как регулирования распорядка дня, качество питания, работы, отдыха и сна.

2 — на уровне личности больше представлен психологический аспект ПСР, как следствие нарушения межличностных и внутриличностных «границ» человека как личности, которые определяются его статусом в обществе, ролями и ценностными ориентациями, мотивацией поведения, которые в совокупности или в отдельности могут являться предметом различных тренингов личностного роста. Однако, сама личность в целом является субъектом тренинга, особенно на таком уровне интеграции личностных свойств как характер (В. И. Нагаров, 2002; 9; 10; 11);

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 ПСР (в форме профессионального выгорания) — как его отсутствие. Поэтому, например, стресс и тайм-менеджмент являются творчеством и его условием в профессиональной деятельности и самореализации (В. И. Александров, 2013; 2; 10)

4 — на уровне индивидуальности, которая является высшей интеграцией синтеза различных свойств человека, предполагается целостное, комплексное взаимодействие с системой мировоззрения человека, когда формы психосоматических расстройств проявляются как потеря смыслов и значения своей профессиональной жизни, например, дауншивтинг (1; 2; 5). Поэтому форма ПСР на этом четвертом уровне может меняться в зависимости от культуры, воспитания и обучения человека. Методы профилактики ПСР на уровне индивидуальности базируются, в основном, на создании профессиональной, организационной и корпоративной культур, реализующих миссию организации адекватно законам государства, потребностям общества и правилам профессиональной субкультуры (В. И. Александров, 2010: 5; 15)

Рамки статьи не позволяют более детально остановиться на особенностях когнитивной терапии на каждом из выше перечисленных десяти уровнях зрелости когнитивной адаптации; и дать методические рекомендации по использованию семи факторов повышения эффективности когнитивной терапии ПСР — изложить методические рекомендации по работе с каждым из семи блокирующих процесс когнитивной терапии факторов. Этот материал есть в списке литературы [1-16] и будет являться содержанием последующих публикаций автора или семинаров и мастер классов, если они планируются в рамках последующих конференций и публикаций.

Список литературы

1. Решетников М. М. Доклад «Новый взгляд на психику и психосоматическую проблему» 11-й Санкт-Петербургском саммите психологов (4 - 6 июня 2017) <https://youtu.be/oOYL0sHtx58>
2. Решетников М. М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.
3. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия: от теории к практике. Уч. пособие. СПб, Изд. СЗГМУ им. И И. Мечникова, 2012, 91 с.
4. Натаров В.И. Когнитивно адаптивные ресурсы сознания клиента в процессе психотерапевтического и психологического консультирования. В журнале “Психотерапия”, №3—2016, стр. 65—69.
5. Натаров В.И. Развитие зрелости субъекта профессиональной управленческой деятельности. В кн.: Акмеологические проблемы субъектности: интерпретация и диагностика: Материалы научно-практ. конф. / Под общей ред. проф. Ю.А. Шаранова. СПб.: Санкт-Петербургский институт психологии и акмеологии. 2009. С 22 - 30.
6. Аронсон Эллиот. Общественное животное. СПб. 1999
7. Натаров В.И. Психология профессионального здоровья и профилактика психосоматических заболеваний. В книге: Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Сб. научн. статей 17 научно-практич. конф./ под общ. Ред. акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Ассоциации Когнитивно-Поведенческой психотерапии» - 2017. с 57 -67.
8. Натаров В.И. Когнитивная психотерапия психосоматических заболева-

- ний у руководителей в практике врачей и психологов. В книге 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
9. Натаров В.И. Влияние курса социально-психологического тренинга на самооценку «Я-образа». Психологический журнал. Т.11.№5, 1994 с.89- 104.
 10. Психология профессионального здоровья. Учебное пособие/Под ред. Проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006. – 480 с.
 11. Натаров В.И. Группо-аналитическая психотерапия: методы, принципы. Психологический журнал. Т. 15. 1994. С. 127–137. Изд-во: Российской Академия Наук.
 12. Натаров В.И. Аутогипнотренинг (метод психической саморегуляции). Психологический журнал. Т. 8. 1986. С. 105–110.
 13. Ян Стюарт, Вэн Джойнс Современный транзактный анализ. М. 2016
 14. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды (Человек как предмет познания): В 2-х т. Т.1.– М.: Педагогика, 1980. – 232 с., ил.
 15. Александров В.И. (Натаров) Развитие профессиональной зрелости топ-менеджеров как профилактика профессионального выгорания и деформации личности руководителей// В кн.: Акмеологические основы профессиональной культуры современного руководителя. СПб.: 2008. С 15-17.
 16. Беличева С.А., Натаров В.И. и др. Психосоциальная коррекция и реабилитация несовершеннолетних с девиантным поведением. - М.: консорциум «Социальное здоровье России». - 1999.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ташлыков В. А.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, кафедра терапии, ревматологии, экспертизы временной
нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э. Э. Эйхвальда*

Одним из основных диагностических критериев функциональных расстройств (ФР), согласно Римскому консенсусу, является продолжительность того или иного состояния или синдрома: они должны наблюдаться в течение как минимум 12 недель (необязательно непрерывно) за последние 12 месяцев. Вторым важным диагностическим критерием является отсутствие морфологических изменений. В процессе выявления психосоматических взаимоотношений и постановки клинического диагноза следует искать органические поражения органов пищеварения. По данным американской гастроэнтерологической ассоциации,

как отмечает Ф.И. Белялов в своей книге «Психосоматика» (2018), необходимо оценить общий анализ крови (число эритроцитов, СОЭ), биохимические показатели крови, тесты кала на яйца, паразитов и кровь. Пациентам старше 50 лет показана гибкая сигмоидоскопия, колоноскопия или ирригоскопия в сочетании с сигмоидоскопией.

Нередко в практике терапевта встречаются «соматические» симптомы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим заболеванием внутренних органов после тщательного медицинского обследования. В большинстве случаев это преходящие симптомы, не требующие специального лечения. Повторяющиеся и/или длительно сохраняющиеся симптомы рассматриваются в клинике внутренних болезней как функциональные заболевания, требующие специального лечения. Во многих исследованиях при функциональных нарушениях выявили высокую частоту тревожных и депрессивных расстройств, а также эффект психотропного лечения. По-видимому, в части этих случаев нарушения психики можно рассматривать в качестве причины функционального расстройства. В то же время у значительной части пациентов с функциональными симптомами выраженной тревоги и депрессии не выявляется. Некоторые из этих случаев соответствуют критериям соматоформных расстройств. Однако немало пациентов, состояние которых не удовлетворяет критериям психических и соматоформных расстройств. Эти случаи рассматриваются в рамках функциональных заболеваний. В гастроэнтерологии широко используются «Римские диагностические критерии гастроинтестинальных расстройств (1999).

А. Функциональные пищеводные расстройства

- A1. Globus (ком в горле)
- A2. Синдром жвачки
- A3. Функциональная боль в грудной клетке (предположительно пищевого происхождения)
- A4. Функциональная изжога
- ПА5. Функциональная дисфагия
- A6. Неуточненное (неспецифическое) функциональное расстройство пищевода

В. Гастродуоденальные расстройства.

- V1. Функциональная диспепсия
- V1а. Язвенно-плодობная диспепсия
- V1 в. Дисмоторная диспепсия
- V2. Аэрофагия
- V3. Функциональная рвота

С. Кишечные расстройства

- C1. Синдром раздраженного кишечника (СРК)
- C2. Функциональное вздутие живота
- СС3. Функциональные запоры
- C4. функциональные поносы

Д. Функциональная абдоминальная боль

В МКБ-10 в разделе соматоформных расстройств функциональные рас-

стройства ЖКТ представлены в коде F 45 **Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.**

Верхний отдел ЖКТ;

- Невроз желудка
- Психогенные аэрофагии
- Икота
- Диспепсия
- Пилороспазм

Многие нарушения, диагностируемые ранее как «невроз желудка», считались истерическими. Такова была нервная отрыжка, тошнота и рвота, весьма часто проявляющиеся или усиливающиеся при скоплениях людей, каких-либо обвинениях или укорах в адрес пациента, в разнообразных ситуациях легкого стресса. При этом прослеживалось стремление привлечь внимание, вызвать жалость, озабоченность родных или врачей.

Нижний отдел ЖКТ:

- Психогенный метеоризм
- Синдром раздраженного кишечника
- Синдром газовой диареи

Больные боятся возникновения этих симптомов и страдают при их появлении. Никаких признаков колита или энтероколита не обнаруживается. Симптомы возникают при незначительных изменениях в диете, при волнениях, при длительном пребывании в публичных местах.

При диагностике функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта важно учитывать особенности психосоматической адаптации у пациентов с данной патологией. Обычно удается выявить в анамнезе наличие негативного детского опыта относительно сферы деятельности желудочно-кишечного тракта. В этой же сфере можно обнаружить специфические родительско-детские отношения — озабоченность, тревожность, повышенное внимание. Также следует отметить формирование в процессе становления личности этих пациентов конфликтных зон в системе значимых отношений (зависимость/независимость в отношениях с окружающими). Для этой категории пациентов характерными являются механизмы психологической защиты и совладания (вытеснения, быстрого перемещения таких негативных эмоций как обида, разочарование, неудовлетворенность и других на уровень функциональной деятельности желудочно-кишечного тракта. Именно таким образом происходит формирование функциональных расстройств в данной системе организма.

Рассмотрим в качестве примера наиболее распространенный вариант функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта синдром раздраженного кишечника (СРК). Встречаемость СРК в населении достигает 20% на протяжении жизни и 8-19% на момент эпидемиологического исследования. В соответствии с современными данными СРК диагностируется у 30% пациентов, обращающихся к врачам общемедицинской практики с жалобами со стороны ЖКТ, у 50% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам, а также у 13-52% больных, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение. СРК наряду с кар-

дионеврозом и гипервентиляционным синдромом относится к наиболее частым органическим неврозам или по МКБ-10 соматоформным расстройствам (СФР), Распространенность этих форм выше, чем других органических неврозов, составляющей в совокупности 1,8%: для СРК этот показатель равен — 4,7%, кардионевроза — 2,1%, гипервентиляционного синдрома — 2,8%.

Средний возраст СРК — 26,3 лет. В ряду преморбидных особенностей лиц, страдающих СРК доминируют явления ригидности, тугоподвижности психических процессов (утрированная склонность к порядку, устоявшемуся образу жизни с негативным отношением к любым его изменениям, недостаток способности к творческой активности). Динамика СРК примерно с равной частотой реализуется в рамках непрерывного и фазного течения функциональных расстройств ЖКТ. В периоде манифестации симптомы СРК обычно формируются в ряду клинических явлений острой транзиторной патологии ЖКТ (пищевые инфекции, интоксикации). Однако по мере редукции явлений интоксикации функциональные нарушения кишечника не претерпевают обратного развития и в структуре СРК приобретают стойкость. Клинические проявления СРК (мономорфные абдоминалгии неизменной локализации, диарея, явления метеоризма) интегрируются в симптомокомплекс сверхценной ипохондрии и полностью определяют его содержание — идеи восстановления здоровья путем нормализации функционального состояния толстого кишечника, сопровождающиеся созданием систем ограничений в питании с постоянным исключением из рациона все большего количества пищевых продуктов.

Выделяют три варианта течения СРК: 1) с преобладанием болей в животе и метеоризмом; 2) с преобладанием диареи; 3) с преобладанием запоров. Диагноз ставится, если в течение трех или более месяцев непрерывно или периодически наблюдаются следующие признаки:

1. Боли или ощущение дискомфорта в области живота, которые
 - а) облегчаются после дефекации и/или
 - б) связаны с частотой стула и/или
 - в) связаны с консистенцией стула
2. Дополнительно две (или более) следующих симптома, сохраняющихся на протяжении $\frac{1}{4}$ дней:
 - а) изменение частоты стула (более трех позывов в день или менее трех в неделю);
 - б) изменение консистенции стула (твердый или жидкий);
 - в) ускорение или ощущение неполного освобождения толстой кишки;
 - г) выделение слизи;
 - д) ощущение распирания или расширения кишечника.

СРК гораздо чаще отмечается при **соматизированной депрессии**, чем при неврозах, и наблюдается наряду со снижением аппетита, сухостью и ощущением неприятного привкуса или горечи во рту, значительным похуданием и нарушением сна. Боли в животе при этом постоянные, ноющие, изнуряющие, утром они усиливаются. Типичные запоры — изолированные или в сочетании с редкими эпизодами диареи. В регистре депрессивных расстройств формируются затяжные

(более 2 лет) эндогенные депрессии, преимущественно — легкие и умеренной степени тяжести. Депрессивные проявления представлены апатическими и апато-динамическими расстройствами, в ряде случаев с чувством тоски. Когнитивная составляющая депрессивного синдрома ограничивается пессимистическим отношением к состоянию здоровья стойкой ипохондрической фиксацией на проявлениях телесного дискомфорта и нарушениях функции толстой кишки.

Среди других психопатологических особенностей депрессивных расстройств у больных СРК — преобладание соматовегетативного симптомокомплекса депрессии, представленного стойким снижением аппетита, чувством горького привкуса во рту, значительной (более 5%) потерей в весе, стойкими явлениями поздней инсомнии и патологическим циркадным ритмом в изменении тяжести депрессивной симптоматики. У больных дбепрессией чаще встречается смешанный тип СРК с примерно равной выраженностью диспептических, преимущественно гипомоторных расстройств и абдоминалгий. В ряду клинических проявлений СРК у пациентов с депрессивными расстройствами — преобладание запоров, в редких случаях перемежающихся с эпизодами диареи. Следует также отметить особенности проявлений гипомоторных расстройств у больных депрессией — значительное ослабление (вплоть до полной редукции) собственно позывов на дефекацию, которые замещаются ощущением тяжести и переполнения кишечника; отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника. Алгический синдром также обнаруживает особенности, отличающие пациентов с депрессивными расстройствами от больных с тревожно-фобическими расстройствами и ипохондрическим развитием. Абдоминалгии локализуются в проекции толстой кишки, носят стойкий и упорный характер (тянущие, давящие боли, чувство стойкого нап ряжения) с незначительной тенденцией миграции, ограниченной, как правило, правым верхним нижним квадрантом брюшной полости. При этом у большинства депрессивных пациентов абдоминалгии связаны с позывами на дефекацию что во многом определяется характеристиками гипомоторных нарушений (отсутствием позывов). Незначительное усиление болей во время дефекации отмечается только в отдельных случаях.

Динамика симптомов СРК у пациентов с депрессивными расстройствами определяется фазным характером течения : явления СРК манифестируют аутохтонно, одновременно с клиническими признаками депрессии, без видимой связи с какими-либо психогенными или соматогенными факторами. Обратное развитие функциональных расстройств толстого кишечника происходит параллельно редукции депрессивной симптоматики. При этом полные ремиссии отмечаются сравнительно редко (лишь у четверти пациентов). Как правило, в межприступных промежутках на субдепрессивном фоне настроения с подавленностью, апатическими и астеническими нарушениями персистируют абдоминалгии и частые нарушения стула (запоры).

Кроме депрессии психическая патология у больных СРК определяется **тревожно-фобическими и истеро-ипохондрическими расстройствами**, а также ипохондрическим развитием. При тревожных расстройствах наблюдаются кишечные кризы. Они проявляются в виде метеоризма, громкого урчания, спонтанных

спастических, стягивающих, режущих болей в области живота или ощущения жжения в кишечнике, воспринимаемых как резкие и интенсивные позывы на испускание газов или дефекацию, нередко с невозможностью освободить кишечник. Криз заканчивается многократным жидким стулом и сопровождается ощущением неполноты опорожнения кишечника, чувством распираания, бурления в толстом кишечнике, повышенным газообразованием. Состояние может напоминать картину острого живота и квалифицируется как алекситимическая паническая атака, для которой характерно отсутствие признаков витального страха, малая выраженность нарушений в сердечно-сосудистой и дыхательной системах.

Кризисы развиваются в метро, в наземном транспорте, реже – на улице. При этом больной испытывает тревожное ожидание приступа в неподходящем месте, боится оказаться вдали от туалета, опозориться, опасается заворот кишок и мучительной смерти. Пациенты перестают пользоваться общественным транспортом, перед выходом на улицу совершают ритуальное посещение туалета.

Такими образом, в общей медицинской практике врач может встретиться с различными вариантами функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Во-первых, функциональные расстройства могут быть начальной фазой психосоматических заболеваний. Во-вторых, функциональные расстройства представляют собой клинический вариант соматоформной вегетативной дисфункции, и наконец, в-третьих, функциональное расстройство как проявление депрессивных, тревожных, ипохондрических заболеваний. В зависимости от патогенеза функционального расстройства ЖКТ строится различная терапевтическая стратегия.

СОДЕРЖАНИЕ

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ПРОГРАММЫ.....	4
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»	4
Диалогический метод в психологическом консультировании и психотерапии. <i>Александров А. А.</i>	7
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛИНТОВСКИХ ГРУПП МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПСИХОЛОГОВ – КОНСУЛЬТАНТОВ В РАБОТЕ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ. <i>Васильева Н.Г., Винокур В.А.</i>	10
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. <i>Грехов Р. А., Сулейманова Г. П.</i>	16
ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ КАК КРИТЕРИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. <i>Грехов Р. А., Сулейманова Г. П.</i>	18
АНАЛИЗ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ И СПЕЦИФИКИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТЕРВОГИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ НА РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА АППАРАТЕ ГАММА-НОЖ. <i>Захарова М.Л., Иванов П. И.</i>	21
СКРИНИНГ ПРЕДИКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. <i>Ковшиова О. С.</i>	23
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ. <i>Куликов Р. К.</i>	25
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ УПРАВЛЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА. <i>Мелёхин А.И.</i>	28
КОГНИТИВНО СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ. <i>Натаров В.И.</i>	32
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. <i>Таилыков В. А.</i>	37

XVIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИКИ
В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

15 ноября 2018 года
Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Под общей редакцией
акад. РАН Мазурова В.И.

Подписано в печать 07.11.2018г.
Печать цифровая. Бумага офсетная.
Формат 60х90/16
Усл. печ.л . 2,75
Гарнитура Times New Roman
Тираж 150 экз. Заказ № 071118/01

Издательство «СИНЭЛ»
Отпечатано в типографии «СИНЭЛ»
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10