

ISSN 2412–9569

**Сетевой научный журнал
ПСИХОСОМАТИКА
и САМОРЕГУЛЯЦИЯ**

3 (3) 2015 г.



Сетевой научный журнал ПСИХОСОМАТИКА и САМОРЕГУЛЯЦИЯ

СОСТАВ РЕДКОЛЛЕГИИ ЖУРНАЛА:

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Хайкин Александр Валерьевич, к.пс.н.,
(Ростов-на-Дону, Россия).

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Ингерлейб Михаил Борисович,
(Ростов-на-Дону, Россия).

Кодочигова Анна Ивановна, д.м.н, профессор,
(Саратов, Россия).

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Бызова Валентина Михайловна, д.пс.н.,
профессор (Санкт-Петербург, Россия).

Васильева Ольга Семёновна, к.пс.н.,
профессор, (Ростов-на-Дону, Россия).

Винокур Владимир Александрович, д.м.н,
профессор, (Санкт-Петербург, Россия).

Волкова Наталья Ивановна, д.м.н.,
профессор, (Ростов-на-Дону, Россия).

Замлелая Ирина Викторовна, к.м.н.,
(Ростов-на-Дону, Россия).

Ивашкина Марина Георгиевна, к.пс.н.,
доцент, (Москва, Россия).

Киселев Антон Робертович, д.м.н.,
(Саратов, Россия).

Лубянко Игорь Александрович,
(Ростов-на-Дону, Россия).

Макиенко Валентина Вадимовна, к.м.н.,
доцент, (Санкт-Петербург, Россия).

Рогачёва Татьяна Владимировна, д.пс.н.,
профессор, (Екатеринбург, Россия).

Русина Наталья Алексеевна, к.пс.н., доцент,
(Ярославль, Россия).

Силенок Инна Казимировна,
(Краснодар, Россия).

Соловьёва Светлана Леонидовна, д.пс.н.,
профессор, (Санкт-Петербург, Россия).

Яковлева Наталья Валентиновна, к.пс.н.,
доцент, (Рязань, Россия).



УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА –
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЕ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО».

ЖУРНАЛ ЗАРЕГИСТРИРОВАН
В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ
ПО НАДЗОРУ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ
МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ
И ОХРАНЕ КУЛЬТУРНОГО НАСЛЕДИЯ.

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
Эл.№ ФС77-57006 от 14 февраля 2014 г.

ISSN 2412–9569

Периодичность выхода
1 раз в квартал.

Электронный адрес журнала:
<http://journall.pro>

Электронная почта:
alval_khaikin@mail.ru

© Сетевой научный журнал
«Психосоматика и саморегуляция».

© ВСЕ ПРАВА ЗАЩИЩЕНЫ.
Ни одна часть этого издания не может
быть воспроизведена любым способом
без предварительного письменного
разрешения редакции.

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА..... 5

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Есельсон С. Б.

**ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ
РАЗМЫШЛЕНИЯ..... 6**

*Стрельцов В. В.,
Сиресина Н. Н.,
Золотова Н. В.*

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 10**

РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анохина Е. А.

**СУБЪЕКТИВНЫЙ УШНОЙ ШУМ.
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ 18**

Рудина Л. М.

ТЕОРИЯ СИСТЕМ В ОБУЧЕНИИ ЗДОРОВЬЮ 23



Табидзе А. А.

**ПСИХОДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИКИ
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ 35**

Хайкин А. В.

**К АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ
ТЕОРИИ И МЕТОДОЛОГИИ. ТЕЗИСЫ.44**

ОБ АВТОРАХ

.....49





ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

«Психосоматика и саморегуляция» — первое периодическое научное издание на русском языке, посвященное этим темам.

Учредившее наш журнал Восточно-Европейское Психосоматическое Общество объединяет специалистов, движимых интересом к проблемам психосоматики и саморегуляции и заинтересованных в распространении идеи психосоматического единства в профессиональное и общественное сознание. Это и определяет цели нашего журнала. Поэтому главная цель журнала – создание такого пространства профессионального общения, в котором легко и свободно можно будет обмениваться идеями и теоретическими построениями, результатами эмпирических исследований и практических разработок.

Тематика нашего издания это и фундаментальные исследования взаимодействия психического и соматического в порождении и исцелении болезней тела, роли психического в этих процессах и разработка моделей психосоматогенеза, и прикладные исследования в области разработок методов и техник психосоматотерапии и эмоциональной и физической саморегуляции.

Мы приглашаем размещать на наших страницах как законченные исследования, так и описание идей, только предваряющих дальнейшие исследования. Будем рады аналитическим работам и обзорам.

Ждем как результаты развернутых эмпирических исследований — экспериментов и наблюдений, так и описания отдельных интересных случаев из практики. Поскольку темы психосоматики и саморегуляции имеют различные аспекты, то мы приглашаем к публикации не только психологов, психотерапевтов и медиков, но также философов, биологов, специалистов в психоэнергетических методах и представителей других направлений.

«Психосоматика и саморегуляция» изначально задумывался как дискуссионная площадка, поэтому мы приглашаем печататься у нас и тех авторов, чьи взгляды на психосоматику прямо противоположны взглядам издателей журнала, авторов, не разделяющих идеи психосоматического единства в отношении болезней тела. Конечно, при условии обоснованности их позиции.

Вместе мы поможем друг другу развивать свое и создадим общее!

**Главный редактор журнала «Психосоматика и саморегуляция»
Александр Хайкин.**



ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ

ЕСЕЛЬСОН С. Б.,
(Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

Описан собственный опыт автора, давший ему понимание психосоматических взаимосвязей.

Ключевые слова: психосоматика, экзистенциальная терапия.

УДК 159.9

По первому образованию я физик, даже биофизик. И это обязывало меня быть эмпириком и скептиком. Встречаясь с гуманитариями и слушая их восторженные рассказы о чем бы то ни было, я требовал доказательств. Если рассказывали о чудесах, то я просил их продемонстрировать, причем со статистически достоверным эффектом. Как правило, этого не происходило. Это было ещё в далекие студенческие годы первой половины 70-х.

Когда в 90-е годы я жил в Москве, то снимал комнату у одной пожилой женщины, известного биохимика, вдовы академика, ученицы Арцимовича, участницы семинаров самого «зубра» — легендарного Тимофеева-Рессовского.

Как-то она поделилась со мной — «знаете, как до войны, когда президентом АН СССР был С. И. Вавилов, защищались диссертации по естественным и техническим наукам? А вот как — результаты исследований публиковались за год до защиты и их с большой дотошностью перепроверяли в разных лабораториях. Поэтому наука была качественная».

Статистическая достоверность измерений как критерий истины давно перестал быть для меня критерием — достаточно Розе Кулешовой было хотя бы раз при непредвзятых свидетелях прочесть текст пальцами рук, чтобы это стало фактом. Дальше только вопрос про условия, при которых этот факт появляется — так как она то могла это делать, то не могла.

Достоверностью для меня стало являться то, что появлялось в опыте моей жизни, то, что мне не рассказывали другие, а лично я сам встретил, ощутил, лично сам пощупал.

Собственно это и есть критерий истины у экзистенциалиста. Если по-религиозному, то экзистенциалистам ближе всех апостолов — апостол Фома, не верящий во что бы то ни было — пока сам с этим не встретится.

Поэтому, размышляя о психосоматике, буду приводить только эпизоды из своей жизни.

Эпизод 1.

1990 год. Летом я встретился в Москве со своим другом, театральным режиссером, который рассказал о замысле поставить в



театре Книгу Иова. О содержании этой книги я ничего тогда не знал, и он мне рассказал следующий сюжет.

«Бог встречается со своими детьми. Один из них – сатана. Бог спрашивает их, кто где был и что видел. Они рассказывают. Сатана рассказывает, что был на Земле и что видел людей, самых паршивых из всех созданий Божиих, по его мнению. Тогда Бог спрашивает, видел ли он Иова, который живет праведной жизнью. Тот говорит, мол, «видел, но ему легко быть праведником - ему это ничего не стоит, у него в жизни нет никаких особых проблем, потому он и праведник. Дай мне его испытать, и ты увидишь, какое дерьмо из него попрет». Бог говорит, ладно испытай, но только лично его ты не можешь касаться. И ты увидишь, что он на самом деле праведник, и люди не таковы, как ты о них говоришь. Сатана в ответ, мол, «испытаю, и ты увидишь, что Иов – кусок дерьма, как и все остальные».

И вот у Иова начинаются проблемы. Сначала его начинают всесторонне и разнообразно грабить, его начинают преследовать неудачи, он разоряется. И наконец, когда он находится в отъезде, у него дома на какой-то праздник собираются все дети, происходит землетрясение, и они все гибнут.

Иов в ужасе от происшедшего. Иов в трауре, в скорби, в отчаяние. Но общий тон его стенаний – пришел в этот мир «голым», без имущества и без детей, и уходит буду «голым». Побыл многодетным и богатым, теперь побуду бездетным и бедным. И не роптал на Бога за все эти происшествия. Продолжал жить праведной жизнью, но уже бедной и бездетной.

Снова встреча Бога с детьми Его. Снова разговор с сатаной. Речь опять зашла об Иове. Бог говорит, «вот видишь, ты был не прав». На что сатана ему говорит, «он живет праведно потому, что он такой человек, которому на самом деле на других наплевать, да и на имущество ему наплевать — ему только он сам важен. Дай мне его самого тронуть, и ты увидишь, какое дерьмо из него пойдет». Тогда Бог говорит, «хорошо, можешь тронуть его, но только до его души не можешь касаться» На что сатана насмешливо — «ничего, обойдемся и телом».

И Иов начинает болеть, всё более тяжелыми болезнями. Но переносит это смирен-

но и стойко — «жил здоровым, теперь живу больным, что ж такая жизнь, видно и через это мне надо пройти».

Не получается у сатаны доказательство через Иова, что зря Бог людей создал, что они безнадежны. И сатана говорит Богу, дай ты мне тронуть его душу - он человек, которому наплевать и на своё тело. Бог говорит, что душу его тронуть сатане не даст, сам с Иовом будет общаться.

К Иову приходят друзья и уговаривают его признаться в каком-то тайном грехе, потому что, по их мнению, без этого у него не складывалась бы так тяжело жизнь. Иов им отвечает, что ничего не скрывает, что никаких преступлений за собой не знает. И друзья уходят с чувством исполненного долга — мол, сделали всё, что могли.

Проходит время. И вот Иов бредет один, тяжело больной, в лохмотьях. Видит дворцы людей, о которых знает, что они воры. Видит дворцы убийц, дворцы прелюбодеев. Видит радостно гуляющих их детей.

И он начинает размышлять — в чем же состоит промысел Божий? Что хочет Бог от него? И вдруг слышит ГОЛОС — «Какая же в тебе гордыня спрятана, Иов, если ты думаешь, что можешь разгадать, в чем Мой промысел!»

Иов приходит в ужас от самого себя, кается. И далее — ему все возвращается, то ли вторая серия жизни начинается, то ли это всё был сон».

Друг рассказал мне эту историю, мы ещё с ним посидели, о чем-то поговорили. И расстались.

И вот проходит где-то полгода. Осень, сентябрь. Разгар цветения амброзии. А у меня поллиноз. Это значило, что нос все время тек, в легких – хрипы, а глаза слезились. Помнится, шел я по Пушкинскому бульвару в Ростове на занятия по-английскому. Чувствовал себя плохо, и мысли мои вдруг приняли примерно такое направление — я начал думать, что надобно понять, какой смысл в моей болезни, чего от меня хотят. Мысль была странной, потому что спроси у меня: «Кто «они», те, кто могут от меня чего-либо хотеть, — я бы ни за что не ответил. Я шел и размышлял, какого ответа, какого действия ждут от меня те силы, которые наделили меня этой болезнью. И вдруг я вспомнил рассказа друга об Иове. Весь рассказ пронесся в памяти



мгновенно, долетел до места про «какая же у тебя гордыня, Иов, если ты думаешь, что можешь разгадать, в чем Мой промысел!» И когда в памяти моей всплыло это место, то в глазах, в носу, в груди я ощутил мелкое покалывание, и все отёки ушли. На это потребовалось всего несколько секунд. Тот же жаркий сентябрьский день, повсюду всё та же амброзия, со своей пылью, а аллергии нет!

Потом уже я прочитал у св. Амвросия Оптинского: «Монах болеет, пока болезнь ему не принесла настоящей пользы».

В экзистенциальном понимании болезнь (а у всякой болезни, по-моему, есть соматическая составляющая) укоренена в жизни человека. И невозможно выздороветь в ту же жизнь, выздороветь и продолжать жить так же, как жил до того. Если жизнь не меняется, то болезнь будет снова возвращаться, иногда, впрочем, меняя свои обличия

В том далеком 1990-м году меня вылечило внезапно открывшееся новое понимание себя, обнаружение в себе гордыни, сомнения.

Эпизод 2.

Дело было лет пятнадцать назад в одном из крупных украинских городов. В психологическом центре, на базе которого я проводил свои терапевтические группы случилось несчастье - у одной из ключевых сотрудниц началось острое психотическое расстройство. Её отвезли домой, муж позвонил на работу и отпросился, скорую не вызывали, понимая, что появится «клеймо», от которого она никогда не отмоется — не сможет работать психологом, а больше она никем работать не сумеет.

Вызванный частный психиатр однозначно поставил шизофрению, послушав её бред и посмотрев на её проявления. И даже объяснил, что ей за 40 и мог произойти гормональный сдвиг перед менопаузой, такое, мол, бывает.

Когда коллеги рассказывали о своих посещениях её, то мне показалось, что бред крутился всё время вокруг одной темы — она всех сотрудников считала агентами спецслужб и уговаривала покаяться.

В экзистенциальном понимании разбираться надо не с болезнью, а с жизнью, при которой эта болезнь возникла. И я начал

пытаться узнать про то, как была устроена её жизнь последнего периода, что там было нового по отношению к предшествующим периодам. Мне везло — люди рассказывали много и охотно. Видно, происшедшее их к этому стимулировало.

Из всего набора всевозможной информации меня заинтересовало то, что не так давно она устроила на работу в этот центр свою подружку в качестве секретаря директора, и туда же устроился ночным сторожем оставник, разведенный, работавший до того в ГБ. Между ними вспыхнул роман.

А у меня вспыхнула гипотеза — а что если он пытался завербовать подружку своей девушки? — ведь есть же поговорка, что чекистов бывших не бывает.

Я бывал в этом центре до того неоднократно и помнил заболевшую — мягкая добрая нерешительная женщина, чем-то напоминавшая толстовского капитана Тушина из «Войны и мира». О таких говорят, что этот человек и мухи не обидит.

И я попытался себе представить, что могло происходить в её душе, если только моя гипотеза верна.

Я узнал, когда будет дежурить этот сторож и пришел вечером в центр. Попросил его ничего не говорить, а только послушать. И сказал ему, что если он пытался её завербовать, то он близорук, потому что не видит, что это за человек, не видит, что отказать ему она будет бояться, а согласиться для неё — смерти подобно. Поэтому замечательный выход для неё — сойти с ума. Он молча выслушал меня, а потом спросил: «И что же делать». Я предложил ему купить яблоки и отправиться к ней в гости. А там, улучив момент, когда они останутся одни, без присмотра, сказать ей, что он снял своё предложение, и ей не надо будет ничего отвечать. Он сказал: «Хорошо. Понял». Узнал мой телефон в гостинице.

А через несколько дней позвонил и коротко сказал: «Я всё сделал, как договаривались».

И коллеги, сотрудники этого центра, ходившие к ней в гости, начали сообщать, что, совершенно неожиданно, она начала выздоравливать, опровергая все психиатрические каноны.

Мы с ней впоследствии несколько раз ещё виделись. Поначалу было видно, что



она потеряла уверенность в себе, но постепенно это сошло на нет. И всякие следы болезни полностью рассеялись.

Что её вылечило? Её вылечило то, что капкан, в который она попала, разомкнул свою пасть, и она сумела оттуда выскользнуть.

Я не знаю, поменялась ли кардинально её жизнь, извлекла ли она какие-либо уроки из происшедшего, — для выздоровления её оказалось достаточно в тех конкретных обстоятельствах, в которые она попала, вытащить её из ловушки.

В экзистенциальном подходе наше пристальное внимание привлекает к себе не расстройство тела или расстройства души,

а расстройства жизни. И если не устранять эти расстройства, то вроде бы излеченная болезнь будет снова восстанавливаться.

Existential thoughts.

*Eelson S. B.,
(Rostov-on-Don, Russia)*

Summary. *He described his own experience of the author, who gave him an understanding of psychosomatic relationships.*

Keywords: *psychosomatics, existential therapy*

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

СТРЕЛЬЦОВ В. В.,
(ФГБНУ Центральный научно-
исследовательский институт туберкулеза,
Москва. Россия)
СИРЕСИНА Н. Н.,
(ФГБНУ Центральный научно-
исследовательский институт туберкулеза,
Москва. Россия)
ЗОЛотова Н. В.
(ФГБНУ Центральный научно-
исследовательский институт туберкулеза,
Москва. Россия)

Аннотация

В статье представлены результаты исследования реабилитационного потенциала сочетанного нейрокоррекционного и психокоррекционного сопровождения противотуберкулезной терапии. Для нормализации гомеостатического баланса больных туберкулезом, повышения их психического и социального благополучия, а также для профилактики рецидивов заболевания важное значение имеет активация личностных адаптационных ресурсов и восстановление оптимальной нейродинамических показателей корковых отделов головного мозга.

Ключевые слова: туберкулез легких, психологическая реабилитация, преморбидные характеристики личности, система отношений, нейрокоррекция, психологическая коррекция.

УДК 616 – 24 – 002.5 – 06:616.891

Недостаточная эффективность терапии туберкулеза легких определяется в первую очередь наличием лекарственной устойчивости возбудителя и непереносимостью химиотерапии. Вместе с тем на успешность лечения, по данным аналитических исследований, оказывает влияние около 200 других факторов, среди которых подчеркивается значимая роль личностных особенностей пациентов [1].

С позиций системного, психосоматического подхода к проблеме здоровья и развития болезни, разработка адекватных направлений реабилитации и профилактики заболевания предполагает не только выявление

системы биологических и социальных взаимосвязей в клинической оценке больного, но и глубокое изучение его психологических особенностей. Необходимость подобных междисциплинарных исследований во фтизиатрии очевидна и обоснована наличием непосредственной связи между резистентностью к туберкулезной инфекции и показателями иммунной системы с состоянием центральных звеньев нейрорегуляции. Изучение психосоматических соотношений, проводимое в отечественной науке еще со времен В. М. Бехтерева, убедительно демонстрирует влияние на функциональное состояние высших отделов



нервной системы психогенных факторов, которые опосредуют различные структурно-функциональные нарушения в организме.

Особенности личности, по мнению В. Н. Мясищева, могут становиться патогенными, когда они провоцируют субъективно непереносимые переживания. Возникающее при этом возбуждение или торможение корковых и подкорковых систем сопровождается нарушениями функций вегетативной нервной системы и способствует созданию почвы для функциональной стадии соматического или продромального периода инфекционного заболевания [5].

Однако в современной фтизиатрической практике участие психологических факторов в туберкулезном процессе обычно рассматривается в плане тенденций приспособительного поведения и отношения пациентов к болезни; психокоррекционные программы, как правило, ориентированы на обеспечение комплаентности и дисциплины лечения [2; 10]. Практически неисследованными остаются психосоматические механизмы туберкулеза легких. психологические аспекты нарушений адаптационных механизмов и снижения резистентности организма, что ограничивает возможности полноценной реабилитации фтизиатрических пациентов.

Целью исследования было изучение реабилитационного потенциала сочетанного нейрокоррекционного и психокоррекционного сопровождения противотуберкулезной терапии.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 100 больных различными формами туберкулеза легких в возрасте 18–55 лет, находившихся на лечении в Центральном НИИ туберкулеза. Основную группу исследования (ОГ) составили 60 пациентов, проходивших курс психо- и нейрокоррекционного сопровождения специфической терапии. В контрольную группу (КГ) вошли 40 пациентов, получавшие только стандартную противотуберкулезную терапию.

Психоэмоциональное состояние больных изучалось с помощью шкалы оперативной оценки самочувствия, активности, настроения (САН), опросника выраженности психопатологической симптоматики Symptom-Check-List-90, шкалы самооценки

тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, а шкалы субъективной оценки психологического и физического состояния.

Клинико-рентгенологический статус больных оценивался по данным стандартных рентгенологических и клинических исследований.

Для оценки функционального состояния корковых отделов ЦНС применялись методики количественного нейропсихологического исследования (цветовая и звуковая «предельные реакции выбора», «определение стойкости слухоречевых, кинестетических и зрительных следов»). Данные методики представляют собой модификацию классических нейропсихологических методик [9], сенсублизированных для диагностики функциональных нарушений корково-подкорковых отделов больших полушарий [8].

Отклонения коэффициентов «темп/ошибка» ($K_{т/о1}$, $K_{т/о2}$) «предельных реакций выбора» выше эталонных свидетельствуют о наличии фазового состояния истериозиса, ниже эталонных – тормозного процесса в лобных медиобазальных отделах (звуковом вариант пробы) и префронтальных отделах больших полушарий (цветовой вариант пробы). Коэффициент K_3 ($K_3 = K_{т/о2} / K_{т/о1}$) звуковой реакции выбора отражает степень симпатикотонии (на вегетативном уровне) и аффективной напряженности или депрессивных тенденций (на психологическом уровне).

Для оценки состояния заднемозговых сенсорных областей коры мозга исследовались модально-специфические формы следовой памяти (слухоречевых, кинестетических и зрительных), нестойкость которых является значимым компонентом синдрома сенсорной афазии, теменного и затылочного нейропсихологических синдромов [4]. Суммарный показатель тонуса задних отделов коры больших полушарий ($\Sigma п$) вычислялся как сумма показателей стойкости слухоречевых, кинестетических и зрительных следов: $\Sigma п = Псс + Пкс + Пзс$.

Нейрокоррекционное сопровождение противотуберкулезной терапии осуществлялось рефлексотерапевтическим методом дозированного центрипетально-реперкуссивного воздействия (ДЦРВ) [6; 7] на локальные биологически активные точки и реперкуссивные зоны Захарьина-Геда [3] с учетом фазового состояния указанных



выше мозговых структур в течение 5 месяцев. Применялся прибор электроимпульсной стимуляции «Элеан» (сила тока — 2 мА, напряжение питания 9-8,8 В, воздействующий электроимпульс отрицательной полярности относительно пассивного электрода длительностью 200±100 мкс, частота электроимпульсного воздействия 10±2 Гц).

Психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии осуществлялось в ходе индивидуальной и групповой психокоррекции с опорой на принципы патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева, в основу которой положено устранение патогенных элементов системы отношений, вызывающих аффективное перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности. На основе выявленных патогенных личностных особенностей фтизиатрических пациентов были разработаны психокоррекционные мишени: «Враждебность», «Алекситимия», «Осуждение по моральным категориям», «Зависимые тенденции», в соответствии с которыми усилия в психологической работе направлялись на развитие у больных ОГ способности к эмпатии, формирование толерантности в отношении других людей, освоение навыков вербализации своих чувств и развитие самостоятельности как позиции личности [7]. С целью преодоления эгоцентрических установок личности,

помимо рациональной психотерапии, применяли методы коллективной психотерапии с использованием средств игровой терапии и терапии театральной деятельностью.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием компьютерной программы SPSS. Достоверность различий оценивалась по критерию Вилкоксона, t-критерию Стьюдента для связанных и несвязанных выборок. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Динамика нейропсихологического статуса пациентов.

По данным первичного исследования, нейропсихологический статус больных ОГ и КГ достоверно не различался. Функциональное состояние корковых и субкортикальных структур пациентов обеих групп характеризовалось снижением тонуса префронтальной области, задних отделов больших полушарий и выраженным повышением тонуса лобно-медиобазальной области (табл. 1, 2). Нарушения тонуса лобных отделов указывают на изменения энергетического обеспечения высших психических функций, задних — на центральное нарушение регуляции систем вегетативного обеспечения [4].

Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛОБНЫХ КОРКОВЫХ ОТДЕЛОВ У ПАЦИЕНТОВ ОГ И КГ

Исследование	Префронтальные отделы			Медиобазальные отделы		
	K ¹ _{т/о} N= 30,0±5	K ² _{т/о} N=237,5±62,5	K ³ N=8,5±3,5	K ¹ _{т/о} N=3,8±0,7	K ² _{т/о} N=3,0±0,5	K ³ N=0,85±0,25
	Основная группа					
Первичное	20,1±17,1	110,1±76,3	8,1±6,9	52,3±18,1	144,2±77,6	3,3±2,1
После психокоррекции	28,6±11,4***	213,4±66,8***	8,2±2,6	6,7±2,2***	4,1±1,2***	0,6±0,1***
Контрольная группа						
Первичное	19,8±14,6	139,4±117,8	9,7±8,7	47,0±19,0	122,0±73,7	2,9±1,9
Через 5 мес. лечения	34,6±25,4***	149,4±113,2	6,8±5,5*	50,7±15,4	128,6±54,1	2,76±1,2

Примечание. Здесь и далее: N — нормативные значения показателя; межгрупповые различия данных первичного и динамического исследований: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.



Таблица 2

**ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАДНЕМОЗГОВЫХ
КОРКОВЫХ ОТДЕЛОВ ПАЦИЕНТОВ ОГ И КГ**

Исследование	Отделы коры			Суммарный тонус Σп N = 800-880
	Теменной Пкс N = 210-230	Затылочный Пзс N = 210-230	Височный Псс N = 170-190	
	Основная группа			
Первичное	53,3± 32	83,0±29,9	91,2±28,8	280,4±97,5
После психокоррекции	124,5±35,3***	135,0±42,3***	125,9±30,6***	512,8±115,9***
Контрольная группа				
Первичное	57,2±30,5	83,3±26,7	93,3±26,1	291,0±82,0
Через 5 месяцев лечения	60,7±27,5	88,8±24,8	94,9±24,5	307,8±76,9

По окончании курса сочетанного нейрорекоррекционного и психокоррекционного сопровождения противотуберкулезной терапии у пациентов основной группы была выявлена системная положительная трансформация в нейропсихологической картине функционального состояния корковых и субкортикальных отделов головного мозга в виде выраженной активизации тонуса всех заднемозговых отделов больших полушарий, исчезновения патологической возбудимости лобных медиобазальных структур, редукции тормозного состояния в префронтальных отделах (табл. 1 и 2). Сбалансированность процессов возбуждения и торможения в передних корковых отделах способствовала оптимизации аналитико-синтетической деятель-

ности и эмоционально-личностной сферы пациентов, восстановлению устойчивости интегративной деятельности всех динамических церебральных систем, обеспечивающих регуляцию компенсаторно-приспособительных механизмов организма.

Нейропсихологическая динамика в КГ через 5 месяцев лечения наблюдалась только в приближении к нормативным значениям показателей состояния префронтальных отделов (табл. 1 и 2).

Динамика психоэмоционального состояния пациентов.

По данным первичного психологического исследования, у больных ОГ и КГ было выявлено наличие неблагоприятного психоэмоционального состояния (табл. 3).

Таблица 3

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОГ И КГ

Показатели	N	Основная группа		Контрольная группа	
		Исследование			
		первичное	после коррекции	первичное	через 5 месяцев лечения
Соматические расстройства	0,55	1,28± 0,81	0,64 ± 0,43***	0,93 ± 0,6	0,86 ± 0,57



Продолжение таблицы

Показатели	N	Основная группа		Контрольная группа	
		Исследование			
		первичное	после коррекции	первичное	через 5 месяцев лечения
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,78	1,43 ± 0,65	0,83 ± 0,5***	1,02 ± 0,62	0,03 ± 0,65
Неуверенность в социальных контактах	0,95	1,3 ± 0,65	0,63 ± 0,41***	1,81 ± 0,56	0,89 ± 0,69
Депрессия	0,72	1,4 ± 0,68	0,57 ± 0,46***	1,92 ± 0,58	0,82 ± 0,55
Тревожность	0,58	1,28 ± 0,77	0,5 ± 0,33***	0,84 ± 0,59	0,75 ± 0,62
Агрессивность	0,74	0,93 ± 0,54	0,51 ± 0,4***	0,56 ± 0,45	0,61 ± 0,32
Фобические расстройства	0,32	0,88 ± 0,69	0,37 ± 0,37***	0,54 ± 0,4	0,57 ± 0,56
Параноидное мышление	0,73	1,02 ± 0,63	0,46 ± 0,37***	0,61 ± 0,52	0,55 ± 0,58
Психотизм	0,44	0,87 ± 0,6	0,33 ± 0,28***	0,65 ± 0,58	0,53 ± 0,57
Индекс психологического дистресса	0,64	1,19 ± 0,56	0,58 ± 0,3***	0,8 ± 0,47	0,78 ± 0,51
Реактивная тревожность	< 45	50,6 ± 12,4	36,3 ± 10,8***	43,97 ± 11,15	41,4 ± 11,64
Личностная тревожность	< 45	52,4 ± 10,8	43,1 ± 9,1***	45,7 ± 9,56	43,6 ± 8,9
Самочувствие	> 5,3	3,8 ± 1,4	5,3 ± 1,2***	4,3 ± 1,5	5,1 ± 1,1**
Активность	> 5,0	4,1 ± 1,1	5,2 ± 0,96***	4,4 ± 1,2	4,9 ± 0,95
Настроение	> 5,1	4,2 ± 1,4	5,5 ± 1,02***	4,79 ± 1,46	5,53 ± 1,01*

По шкале субъективной оценки психологического и физического состояния средний уровень выраженности неблагополучия в основной группе составил 5,9 баллов, в контрольной — 4,1 (максимальный уровень — 10 баллов).

В результате комплекса психо- и нейрокоррекционных мероприятий у больных ОГ было достигнуто значительное улучшение их психоэмоционального состояния (табл. 3). Средняя субъективная оценка тяжести психологического и физического состояния в основной группе снизилась на 4 балла ($p < 0,001$).

Статистически достоверные изменения психоэмоционального состояния в КГ наблюдались только по параметрам самочувствия ($p < 0,01$) и настроения ($p < 0,05$). Изменение средней субъективной оценки тяжести психологического и физического состояния в контрольной группе не достигло уровня статистической значимости.

Динамика клинико-рентгенологического состояния пациентов.

По результатам первичной оценки, клинико-рентгенологический статус в ОГ и КГ достоверно не различался. В основном у



пациентов была диагностирована активная стадия заболевания с наличием обсеменения, распространенных инфильтративных и

деструктивных изменений в легких, а также выраженным интоксикационным синдромом (табл. 4).

Таблица 4

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОГ И КГ

Показатели	Основная группа		Контрольная группа	
	Исследование			
	до коррекции	после коррекции	первичное	через 5 месяцев лечения
Бактериовыделение (кол-во пациентов, %)	40,0	11,7*	43,0	32,5*
Деструктивные изменения (кол-во пациентов, %)	67,0	10,0*	75,0	31,8*
Средняя площадь кавернозных образований в легких (см ²)	1063	272,6**	829	414,5**
Частота сердечных сокращений	93,7±15,3	75,8±9,6***	89,6±15,5	87,7±13,4*
Выраженность интоксикационного синдрома (баллы)	6,2±2,3	1,9±2,1***	4,5±2,3	3,4±2,3*
Скорость оседания эритроцитов (муж: N до 10; жен: N до 15)	25,8±19,4	16,9±13,8*	26,6±18,3	19,5±16,7
Палочкоядерные лейкоциты (N=1-6)	5,9±4,2	3,3±2,3**	6,1±4,6	4,7±4,3
Количество лимфоцитов (N=19-37)	22,6±10,5	29,4±10,7**	21,4±8,1	26,1±10,2*

Применение психо- и нейрокоррекции на фоне химиотерапии у больных ОГ значительно улучшило их физическое самочувствие и способствовало редукции проявлений интоксикационного синдрома. Пациенты сохраняли бодрость и активность даже на фоне подъемов температуры тела, их эмоциональный фон характеризовался большей стабильностью и оптимизмом, а личностная ориентация — стремлением к полноценному участию в доступной социальной и трудовой деятельности.

В контрольной группе наблюдались более интенсивные реакции индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и менее выраженное ослабление интоксикационного синдрома, чем в группе с психо- и нейрокоррекционным сопровождением терапии (табл. 4).

Рефлексотерапевтические процедуры, оказывая нейротропное воздействие на

корковые и подкорковые центры регуляции вегетативных процессов, способствовали более значительному снижению частоты сердечных сокращений в основной группе ($\Delta=18,5\pm 12,0$) по сравнению с контрольной ($\Delta=1,9\pm 2,1$) (табл. 4). Анализ корреляционных отношений в подгруппе больных ОГ с повышенным пульсом позволил выявить наличие связи между показателями частоты сердечных сокращений и Σ п: увеличению суммарного тонуса заднемозговых корковых отделов соответствовало достоверное уменьшение частоты сердечных сокращений под влиянием усиления парасимпатической регуляции ($p<0,05$).

Положительная рентгенологическая динамика в виде сокращения или закрытия полостей распада, уменьшения инфильтративных и очаговых изменений была более выраженной у пациентов ОГ по сравнению с КГ (табл. 4). По результатам бактерио-



скопического исследования через 5 месяцев стандартной терапии, полное прекращение бактериовыделения наблюдалось у 28,3 % пациентов ОГ, в КГ — у 10,5% больных ($p < 0,05$) (табл. 4) и происходило в более ранние сроки.

Анализ биохимического состава крови выявил достоверное уменьшение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в ОГ и тенденцию к ее снижению в КГ, хотя средние значения СОЭ оставались выше нормативных значений в обеих группах. Показатели палочкоядерных лейкоцитов и уровня лимфоцитов у пациентов ОГ и КГ в динамике колебались в пределах нормы (табл. 4).

Личностная динамика пациентов.

В ходе психологической работы коррекции подлежали характерные для больных туберкулезом легких дисфункциональные личностные установки и деструктивные стереотипы межличностного взаимодействия, провоцирующие в индивидуально значимых ситуациях актуализацию негативных переживаний (негодование в адрес людей, не соответствующих представлениям пациентов о морально-этических нормах и правилах поведения; тревожно-опасения стать объектом осуждения со стороны значимых лиц и лишиться эмоциональной комфортности; чувства вины и уязвленного самолюбия), дестабилизирующих их эмоциональное и психофизиологическое состояние.

Оптимизация корковой нейродинамики у пациентов ОГ способствовала более глубокому осмыслению и изменению патогенных элементов системы отношений личности. У пациентов были сформированы установки личности, способствующие преодолению психологического кризиса, вызванного болезнью: активная жизненная позиция, стремление к позитивной самореализации. Больные освоили стратегию сотрудничества в межличностном взаимодействии, приобрели навыки толерантного общения и вербализации своих чувств, необходимые для снижения стрессовой нагрузки в ходе социального функционирования.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности и перспективности применения во фтизиатрической практике комплексного нейрокоррекционного и психокоррекционного сопровождения противотуберкулезной терапии.

Учет психологических и нейропсихологических аспектов в реабилитации фтизиатрических пациентов, восстановление оптимальной корковой нейродинамики и психоэмоционального состояния пациентов способствует нормализации гомеостатического баланса у больных туберкулезом легких. Активация личностных адаптационных ресурсов имеет важное значение для повышения их соматического, психического и социального благополучия, закрепления успеха терапии и профилактики рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байерлен В. П., Земляная Н. А., Соловьева А. В. Организация контролируемого лечения туберкулеза на амбулаторном этапе в городе и на селе // Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации. Сборник статей. — М.: «Лекс-Торг», 2013. — С. 22–35.
2. Виноградов М. В., Черкашина И. И., Перельман М. И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза, 1991, № 10. — С. 41–43.
3. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М., 1986. — 576 с.
4. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М., МГУ, 2000. — 505 с.
5. Мясищев В. Н. Развитие учения о неврозах и психотерапии // Труды Ленинградского общества невропатологов и психиатров. — Л., 1968. — С. 64–72.
6. Мясищев В. Н., Кротов А. Е., Синайская Е. М., Столбун В. Д., Стрельцова В. П., Стронгин Л. Г., Туленкова С. М. Психотера-



пия цисталгии на фоне ДЦРВ (дозированного центропетально-реперкуссивного воздействия) через зоны Хэда // Сборник трудов Института психиатрии Грузинской ССР им. Ассатиани, посвященный 70-летию акад. А.Д.Зурабашвили, т. XIX-XX. — Тбилиси, 1974. — С. 80–84.

7. Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза легких: Метод. пособие / Сиресина Н. Н., Стрельцов В. В., Золотова Н. В. и др. — М., 2007. — 72 с.

8. *Столбун В. Д.* Метод количественной нейропсихологической объективации состояния динамических церебральных систем. — Тверь, 2006. — 448 с.

9. *Хомская Е. Д.* Нейропсихология. — М., 1987/ — 288 с.

10. *Сухова Е. В.* Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2004, № 10. — С. 34–36.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

*Streltsov V.V.,
(Moscow, Russia)
Siresina N.N.,
(Moscow, Russia)
Zolotova N.V.
(Moscow, Russia)*

Summary. *The article presents the results of the research potential of the combination of neuro-rehabilitation and psychotherapy of patients with pulmonary tuberculosis. For the normalization of homeostatic balance of TB patients, improving their mental and social well-being and to prevent a recurrence of the disease it is important to the activation of personal resources for adaptation and restoration of optimal neural indicators of cortical brain regions.*

Keywords: *pulmonary tuberculosis, psychological rehabilitation, premorbid personality characteristics, the system of relations, neuro-correction, psychological correction.*

РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

СУБЪЕКТИВНЫЙ УШНОЙ ШУМ. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

АНОХИНА Е. А.,
(Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

В статье рассказывается о субъективном ушном шуме, механизмах его возникновения и указывается о влиянии на его развитие и проявление психологических особенностей пациента. Автор предлагает более широко привлекать к комплексному лечению пациентов с тиннитусом психологов с целью оказания психотерапевтической терапии, в частности с помощью методов процессуальной терапии и использовать методику А. В. Хайкина «Три экрана».

Ключевые слова: шум в ушах, тиннитус, психотерапия.

УДК: 616.28-008.12

При заболеваниях уха наиболее частыми симптомами являются гноетечение, тугоухость и шум в ушах. Именно ушные шумы являются наиболее тягостными и вместе с тем наименее изученными. Шум в ушах — это явление, которое описывается как звуковое ощущение, возникающее в голове и не связанное с внешним акустическим стимулом. Он может быть объективным (выслушивается и самим человеком, и окружающими) и субъективным (ощущается только пациентом). В специальной медицинской

литературе ушной шум принято называть тиннитус (от лат. глагола *tinnire* — звенеть). Шум в ушах широко распространенное страдание, которое издавна известно человечеству. Его описывали Гиппократ, Плинус, Парацельс. От шума в ушах страдали: композитор Бетховен, художники Гойя, Ван Гог, английский отиатр Тойнби и русский ученый Циолковский.

Субъективный ушной шум может возникать при поражении разных систем организма человека (сердечно-сосудистой,



эндокринной, ЦНС и др.). Но, главное, он является одним из основных, постоянных и нередко самых ранних симптомов различных заболеваний органа слуха, сопровождающихся, как правило, тугоухостью. Иногда ушной шум до такой степени раздражает пациентов, что некоторые из них, при неэффективности проводимого им консервативного лечения, согласны на любую операцию, лишь бы избавиться от изнуряющего ушного шума, даже ценой потери слуха (1). Тиннитус наблюдается и у отоларингологически здоровых людей с нормальным слухом. Репрезентативные исследования в 4 странах показали, что этим недугом постоянно страдают от 10,1 до 14,5% взрослых людей (11). 80–85% людей, отмечающих ушной шум, не испытывают дискомфорта по этому поводу, т.е. у подавляющего числа пациентов шум в ушах носит компенсированный характер. В 15–20% случаев тиннитус беспокоит больных и заставляет их обратиться к врачу за помощью (4).

Механизмы развития субъективного ушного шума, а во многих случаях и этиологические факторы, недостаточно ясны. К настоящему времени предложено много гипотез патогенеза субъективного ушного шума. Однако ни одна из гипотез не в состоянии дать убедительный ответ, почему при одном и том же заболевании шум в ушах бывает не у всех больных, какие отделы слухового анализатора ответственны за появление этого слухового ощущения и как объяснить появление таких симптомов у ряда лиц с нормальным слухом.

Американский нейрофизиолог P. J. Jastgeboff (14,15) высказал гипотезу о том, что, независимо от причины и патогенеза, развитие тиннитуса определяют различные отделы центральной нервной системы. Если источником шума в ушах бывает улитка, то его детекция (выделение) осуществляется подкорковыми структурами мозга, осознание (восприятие и развитие) этого симптома осуществляется корой головного мозга, эмоциональная оценка (активация) — лимбической системой, неприятие, раздражение — вегетативной системой. Т.о. «сбой работы» на любом участке может привести к возникновению субъективного шума в ушах.

Наиболее убедительная и обоснованная, с точки зрения врача, гипотеза патофизиологии субъективного ушного шума кохлеарного (улиткового) происхождения такова: в результате какого-либо повреждения сенсорных элементов органа Корти возникает тоническая деполяризация волосковых клеток (рецепторов), что вызывает ненормальную активность афферентных волокон оливо-кохлеарного пучка Расмуссена и, вследствие существования обратной связи, в улитку постоянно идут патологические эфферентные импульсы, поддерживающие эту деполяризацию (1).

Генераторами ушного шума могут быть как центральные, так и периферические отделы слухового анализатора (слуховой системы). Примерно в 50% случаев субъективный ушной шум обусловлен поражением центральных отделов слуховой системы, поскольку после перерезки кохлеарного корешка кохлеовестибулярного нерва у пациентов с практической глухотой и невыносимым ушным шумом он никак не изменяется или даже усиливается (10,13).

И. Б. Солдатов (5) в зависимости от переносимости шума выделял следующие его степени:

I степень — переносится спокойно, не отражается на общем состоянии;

II степень — раздражает в тишине, ночью, нарушает сон;

III степень — беспокоит постоянно, нарушает сон и настроение;

IV степень — невыносимый шум, лишаящий сна и снижающий трудоспособность.

Как отмечалось выше, только 15–20% пациентов с субъективным ушным шумом воспринимают этот симптом как жалобу, вызывающую дискомфорт, поэтому важна реакция человека на тиннитус, наличие его не обязательно приводит к дистрессу. Важным фактором в развитии дистресса, вызванного субъективным шумом, является эмоциональная реакция на тиннитус, например, если пациент расценивает его как потенциальную угрозу жизни и здоровью. В ряде случаев восприятие ушного шума ассоциируется с негативными эмоциями, например боязнь потери слуха или заболеваний мозга, что приводит к фокусированию внимания на этих симптомах. Подтверждение



вовлеченности лимбической системы мозга в восприятие шума дает усиление шума от эмоций — стресса, переживания по поводу выхода на пенсию, несчастья и т.д., хотя сигнал, идущий от уха, остается прежним. Сохранение такого субъективного шума развивает тревожность, чувство безнадежности и отчаяния, стимулируя лимбическую и симпатическую нервную систему продуцировать негативные и навязчивые эмоции, снижающие качество жизни (6). Ряд исследований подтвердили связь между психологическими переживаниями, такими как тревога, депрессия, и звоном в ушах (9).

Трудно, пожалуй, назвать еще один такой вид ЛОР-патологии, при котором бы использовался столь разнообразный комплекс лечебных мероприятий. Значительный арсенал медикаментозных средств, физических методов, психотерапевтических воздействий, хирургических вмешательств, слухопротезирование, аудиомаскеров применяемых для лечения субъективного ушного шума, оказался далеко не универсальным и, к сожалению не всегда эффективным. Схема лечения ушного шума должна учитывать: сроки начала заболевания; по возможности, причинный фактор его возникновения; степень нарушения слуховой функции; отрицательный опыт ранее проводимого лечения; данные психологического тестирования (2).

Современная медицина признает наличие в развитии патологических состояний и ряда болезней психологической составляющей (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, псориаз и др.) и относит их к психосоматическим заболеваниям. Тело и психику следует рассматривать как единое целое, и, помогая пациенту справиться с болезнью, необходимо учитывать его психическое состояние, его отношение к симптому или болезни. При общении с больным врачу стоит выяснять не только патофизиологические причины возникновения заболевания, но и уделять внимание психологическим аспектам. Ведь зачастую за симптомом скрывается какая-либо неразрешенная личностная проблема, психологическая травма или конфликт, которые запустили развитие патологического процесса или усугубляют его течение. Врачи отоларингологи, сурдологи, невропатологи в последние десятилетия

стремятся привлекать к помощи пациентам с тиннитусом психотерапевтов и медицинских психологов (4).

В настоящее время в мире доминирует тенденция лечения больных с ушным шумом по модели, разработанной Павлом Ястребовым (14,15). Метод лечения на основе этой модели называется ретренинг-терапия (Tinnitus Retraining Therapy, TRT). Ретренинг-терапия включает в себя комбинацию длительного воздействия внешнего источника звука и обучения пациента. Преследуемая цель — сделать ушной шум привычным и незначимым для организма. Человек должен перейти из категории людей, страдающих от ушного шума, в категорию людей, испытывающих ушной шум. Внешнее шумовое воздействие реализуется путем длительного (12–18 мес.) ношения пациентом возле уха (как слуховой аппарат) генератора широкополосного шума. Генератор издает тихий, не полностью заглушающий тиннитус шум. Такое воздействие усиливает активность клеток слуховой зоны головного мозга, что влияет на восприятие ушного шума и способствует привыканию к нему. Кроме того, в методику лечения шума включена психотерапия, позволяющая пациенту не заострять внимание на беспокоящем его шуме и сделать ушной шум незначимым для человека путем объяснения его безопасности, так называемая терапия переучивания для тиннитуса, построенная в когнитивно-поведенческой традиции. Ястребов описывает обучение пациента как «демистификацию шума», когда человеку разъясняются механизмы возникновения тиннитуса.

В ряде работ был проведен анализ эффективности когнитивно-поведенческой терапии и медитации при лечении больных с хроническим звоном в ушах и выявлено статистически значимое сокращение звона в ушах (16) В другом исследовании при звоне в ушах прослеживалось улучшение самочувствия в течение 12 месяцев на фоне когнитивно-поведенческой терапии (12). Больные отмечали улучшение настроения, снижение тревоги, при этом возраст и уровень психосоциального стресса негативно влияли на результаты терапии. В исследовании Зайцевой О. В. полученные результаты свидетельствовали, что дифференцированный подход,



в том числе к коррекции психического статуса пациентов, способствовал заметному улучшению качества жизни, даже при незначительной динамике физических характеристик ушного шума (3).

Согласно данным отечественной литературы в России преимущественно используют психотерапевтические методы, включающие в себя «рациональную психотерапию» в бодрствующем состоянии и «суггестотерапию» в состоянии гипноза (4).

К автору статьи на приеме, как к врачу-сурлодогу довольно часто обращаются пациенты с жалобой на шум в ушах или голове, и зачастую, только медикаментозная терапия и/или физиотерапия не дает желаемого для больных результата. Это подтверждает мнение о наличии в проявлении шума психологических аспектов и побуждает рекомендовать пациенту обратиться к психотерапевту или психологу с целью выявления и коррекции психологических особенностей личности.

Арсенал психотерапевтических техник и школ велик. Подход к психотерапии должен быть индивидуальным с учетом особенностей физического и психического состояния человека, страдающего тиннитусом. В данном сообщении автор предлагает более широко использовать в психотерапии пациентов с шумом в ушах методы процессуальной терапии, которые используются для помощи пациентам с психосоматическими заболеваниями.

К последним можно отнести «идеодинамические техники» Э. Росси, «фокусирование» Ю. Джэндлина, «эпистемологическую метафору» Д. Гроува, «процессуальную работу» А. Минделла, «хакоми» Р. Курца и «соматическое переживание» П. Левина (7).

Автор сама побывала в роли пациента с ушным шумом, когда у неё развился звон в левом ухе после эмоционального напряжения (слух в норме). Одного сеанса психотерапевтической работы с использованием фокусирования было достаточно, чтоб шум перестал беспокоить и прошел.

Весьма интересной и перспективной, на взгляд автора, представляется использование авторской методики А. В. Хайкина «Три экрана» для терапии больных с тиннитусом и тугоухостью (8). Эта работа

может проводиться как совместно с психологом, так и пациентом самостоятельно. Суть метода в следующем: пациенту (клиенту) предлагается визуализировать три экрана, на первом представляется больной орган или результат исследования этого органа, на третьем — здоровый орган или желаемый результат, а на втором экране, с помощью специальной клавиатуры, пульта управления или рычагов пациент (клиент) в состоянии наведенного или самонаведенного транса изменяет картинку по своему представлению до желаемой. На экранах можно представлять результаты тональной пороговой аудиометрии или шумометрии. Если техника используется в самостоятельном режиме, желательно повторять её как ежедневное упражнение, при этом алгоритм изменения картины на втором экране может быть разным.

Совместная, содружественная и взаимодополняющая работа врача и психолога более эффективно поможет пациентам с субъективным ушным шумом и другими соматическими проблемами в лечении, ведь еще Авицена говорил, что необходимо лечить не болезнь, а человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Р. Г., Шеремет А. С., Гаров Е. В. Современный взгляд на лечение пациентов с субъективным ушным шумом // Вестник оториноларингологии. — 2008. — №2. С. 53–55.
2. Веселаго О. В. Алгоритмы диагностики и лечения шума в ушах // Атмосфера. Нервные болезни. — 2006. — № 2. С. 9–16.
3. Зайцева О. В. Лечащий врач. — 2013. — № 13
4. Лопотко А. И., Приходько Е. А., Мельник А. М., Шум в ушах // СПб.: Диалог. — 2006. 278 с.
5. Солдатов И. Б., Маркин А. Я., Храпло Н. С. Шум в ушах как симптом патологии слуха // М.: Медицина. — 1984. 231 с.
6. Токарев О. П., Голубовский О. А., Антонян Р. Г. Маскировка субъективного ушного шума как один из вариантов его лечения // Тезисы докладов IV-го международного сим-



позиума «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» (Суздаль, 19–21 июня 2001 г.).

7. Хайкин А. В. Процессуальные методы в единстве и многообразии. (Методологический аспект.) // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.* — 2015. — N 2(9). RL: http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/02_Haikin_2015_02.pdf

8. Хайкин А. В. К теории и практике психосоматики // *Саратовский научно-медицинский журнал.* — 2012. — Т. 8. № 2. 193–198 с.

9. Andersson G., Porsaeus D., Wiklund M., Kaldo V., Larsen H. C. Treatment of tinnitus in the elderly: a controlled trial of cognitive behavior therapy // *Int J Audiol.* — 2005. — № 44 (11). P. 671–675.

10. Ballantyne J., Groves J. Diseases of the ear, nose and throat // *The ear.* London–Toronto. — 1979. P. 81–91, 395–541, 672–678.

11. Davis A., Rafaie E. A. Epidemiology of Tinnitus // In: *Tinnitus Handbook.* Ed.: Tyler R.S. «Singular» Thomson Learning. — 2000. P. 1–23.

12. Graul J., Klinger R., Greimel K. V., Rustenbach S., Nutzinger D. O. Differential outcome of a multimodal cognitive-behavioral inpatient treatment for patients with chronic decompensated tinnitus // *Int Tinnitus J.* — 2008. — № 14 (1). P. 73–81.

13. Glasscock M., Miller G. Laryngoscope. — 1977. 87. 4. 529–541.

14. Jastreboff P. J. A neuropsychological approach to tinnitus: clinical implications // *Br. J. Audiol.* — 1993. Vol. 27. P. 1–11.

15. Jastreboff P. J. Fantom auditor perception (tinnitus), mechanisms of generation and perception // *Neurosci. Res.* — 1990. Vol. 8. P. 221–254.

16. Sadlier M., Stephens S. D., Kennedy V. Tinnitus rehabilitation: a mindfulness meditation cognitive behavioural therapy approach // *J Laryngol Otol.* — 2008. — № 122 (1). P. 31–37.

Tinnitus. Comprehensive approach to medical treatment.

Anokhina E. A.
(Rostov-on-Don, Russia)

Annotation: This article is focused on tinnitus, its origin patterns and highlights the way its development and manifestations are connected to patients' psychological peculiarities. The author offers to involve psychologists in the comprehensive treatment of the patients with tinnitus more often in order to provide psychotherapeutic assistance particularly using procedural therapy methods and Khakin's "Three screens" method.

Keywords: ear noise, tinnitus, psychotherapy.

ТЕОРИЯ СИСТЕМ В ОБУЧЕНИИ ЗДОРОВЬЮ

РУДИНА Л. М.,
(Российская академия народного хозяйства
и государственной службы при президенте РФ,
Москва, Россия)

Аннотация

В статье освещена международная программа по обучению врачей-эндокринологов методам интерактивной работы с пациентами. Представлены предварительные — по итогам трех лет — результаты деятельности команды специалистов ГУ ФЭНЦ (совместно с автором) в рамках этой программы на территории Российской Федерации. Отражены методологические аспекты обучения здоровью с позиций системного анализа, в частности термин «коммуникативность» определен как «ценность деятельности в контексте достижения цели». Определена концепция ментальных моделей индивида по К. Крейку. Предложены методы и техники активации внутренних ресурсов человека, эффективные для групповой динамики, индивидуальной работы с пациентами и для самокоучинга врача.

Ключевые слова: коммуникативность, системный анализ, отношение, ценность, приоритеты, ментальные модели, интерактивное обучение.

УДК 159.9.072.432

ВМЕСТО ВВЕДЕНИЯ

Можно как угодно относиться к медицине вообще и медикам, в частности, но в последнее десятилетие именно врачи, причем, в первую очередь, специалисты — эндокринологи, начали предпринимать серьезные усилия по просветительской работе населения в области обучения здоровью. Возможно, происходит это потому, что эндокринология «мыслит системно» и связка *когниции — эмоции — физиология* для этих специалистов прозрачнее и понятней, чем для специалистов более радикальных направлений. Возможно, причина в том, что эндокринологам приходится зачастую иметь дело с длительными хроническими состояниями.

Существует ряд соматических состояний, так называемые ХНИЗ (хронические неинфекционные заболевания) для которых одним из наиболее значимых факто-

ров, критичных по отношению к компенсированности и тяжести протекания является поведение самого заболевшего человека. И — что очень важно — его ближнего окружения. То есть, грамотность в отношении собственного здоровья и собственного заболевания, умение и стремление вести здоровый образ жизни, активная и ответственная позиция позволяют этим «хроникам» практически ни в чем не уступать «нормальным» людям. А если семья поддерживает не только морально, но и меняет привычки «в сторону» здоровья, прогресс становится удивительным. Известный в эндокринологии факт: продолжительность жизни у диабетиков, ведущих здоровый образ жизни, в среднем, больше, чем у здоровых людей. Может, если обучить больных вести здоровый образ жизни, потом и здоровые подтянутся?



ОБУЧЕНИЕ ОБУЧАТЕЛЕЙ

То, как человек способен управлять своей судьбой, гораздо важнее, чем сама судьба.

Вильгельм фон Гумбольдт

Обучение пациентов с ХНИЗ моделям грамотного здоровьесберегающего поведения является — учитывая их (заболеваний) распространенность и факторы риска (*курение, злоупотребление алкоголем, неправильное и нерациональное питание, гиподинамия, нарушения сна, стресс*) — одной из первоочередных задач здравоохранения. Но концепции и методы обучения, существовавшие последние полтора столетия, начинают явно «сбоить».

Перечитаем еще раз эпиграф к подзаголовку. Сам Гумбольдт, идеолог нынешней модели образования, немецкий мыслитель начала XIX века, входил в число наиболее просвещенных людей своего времени, когда объем знаний, накопленный человечеством, был не так уж велик, в силу чего один-единственный ученый мог знать практически все. Гумбольдт создал идеальную схему обучения для начинающейся индустриальной эпохи: *учить всех всему*. Но сегодня гумбольдтовская модель рассыпается: накапливание быстро устаревающих знаний становится бессмысленной информационной перегрузкой. Мир переходит к новым обучающим моделям, в частности — к активному и интерактивному обучению.

Интерактивная модель обучения

Модель интерактивного обучения хорошо известна сегодня. Напомним только, что интерактив исключает доминирование как одного выступающего, так и одного мнения над другим, и задает линию «соблазняющей компетентности», когда личностная и профессиональная состоятельность учащегося оценивается только косвенно, через постановочные и проблемно-ориентированные вопросы и комментарии. Основная оценка дается группой в процессе открытого обсуждения, прямой полемики.

Таким образом, интерактивная форма обучения позволяет успешно решать не только образовательные задачи. Существенно более значимым можно считать повышение психологической устойчивости и самооэффективности личности в широком диапазоне условий.

Зачем интерактив в медицине?

Международная компания Healthy Interactions (Healthyl), занимающаяся обучающими программами для людей с ХНИЗ разработала комплект интерактивных карт (точнее назвать их «картами по интерактивному обучению») для работы с больными диабетом.

Информация представлена компактно, ярко и просто. По замыслу создателей, во время работы карта лежит на столе, группа (вместе с ведущим) рассаживается вокруг, можно вставать и менять место, идет общее обсуждение, в ходе которого вырабатывается групповое мнение, и ведущий только направляет беседу, является одним из участников общей работы.

Около семи лет назад Healthyl при поддержке фармацевтической компании Eli Lilly организовала международное обучение эксперт-тренеров из разных государств для последующей трансляции методов обучения в странах и регионах. Пять лет назад эта работа началась у нас.

Обучение больных диабетом в нашей стране существует. То есть — реально и давно существует. Школы диабета работают при больницах, медцентрах или поликлиниках. В таких школах пациентов обучают, как следует пользоваться глюкометром, что делать при «плохих» показателях, что, вообще, происходит в организме при диабете и т.д. Имеется достаточное количество методического материала и для медперсонала, и для больных (соответствующие брошюры постоянно печатаются, обновляются и рассылаются в регионы). Более того, когда представители Международной Федерации диабета и компании Healthyl познакомились с тем, как обстоит дело с обучением больных диабетом в России, они были впечатлены тем, что в школах диабета работают с визуальной информацией (плакаты, рисунки). Стоило ли менять систему обучения и «чинить то, что не сломано»?



Эндоцентр РФ в течение последних двадцати лет проводит лонгитюдные исследования, связанные с комплаентностью терапии в зависимости от форм обучения и стажа заболевания. Ситуация в стране вполне схожа с общемировой:

Комплаентность терапии

1. В целом, комплаентность рекомендациям по изменению образа жизни — достаточно низка
2. Соблюдение режима лечения лекарственными средствами снижается при удлинении стажа заболевания
3. Наибольшая комплаентность — у больных ВИЧ, артритами и злокачественными новообразованиями
4. Наименьшая комплаентность — при заболеваниях легких, расстройствах сна и сахарном диабете [6].

Подводя итог — человек сживается со своей болезнью, перестает быть «хорошим от страха» и склонен — и это происходит достаточно быстро — нарушать правила в пользу старых привычек, прекрасно понимая (и ощущая), чем он рискует. А это значит, что существующие методы обучения не работают в долгосрочной перспективе.

Проблемы обучения в России

В Российской Федерации команда специалистов (в которую был приглашен автор) перед запуском программы интерактивного обучения должна была решить несколько задач. Самой простой оказалась кросс-культурная адаптация самих карт: в оригинальной (американской) версии изображения больше всего напоминали комиксы, а действующими лицами были люди с разным цветом кожи (очень демократично, но не близко для нашего обывателя). Вторая проблема оказалась масштабной. Дело в том, что во всем мире (кроме России) обучением больных диабетом занимается средний медицинский персонал — медсестры; в РФ — это только врачи.

Необходимость применения новых методов обучения в Высшей школе (и просто — в школе) очевидна. Она диктуется высокой социокультурной динамикой и лавинным поступлением информации, что приводит к ускорению *темпа жизни* отдельного человека. Но новые модели обучения требуют

от *обучателя* качественно новых навыков. Работа с аудиторией в интерактивном режиме — это уже не «вертикальная» коммуникация учитель — ученик. Взаимодействие врач — пациент тоже «вертикально» по определению, и хороший врач легко переходит в роль *учителя*. Но интерактивный формат похож, скорее, на работу тренера (коуча) при проведении психологических тренингов или мастер-классов, то есть требует *другой* квалификации и достаточных знаний в области психологии. Вынесенное в подзаголовок смешное слово «обучатель», было придумано нами, чтобы подчеркнуть, что обучение пациентов требует от врача изменения социальной роли, и рисунок этой роли качественно отличается от ролей: «учитель», «доктор» или «начальник». Причем было решено, что на семинары приглашаются только врачи, имеющие достаточный опыт работы в школах диабета. А это люди, уже обладающие навыками обучения, любящие преподавать (государство за эту область деятельности, мягко говоря — не переплачивает), с устоявшимися взглядами на процесс обучения.

И здесь возникает вопрос: а врачу «оно надо»?

Зачем врачу психология?

- Зачем ему лезть в психологические джунгли, если он в своём естественнонаучном образовании к этому не подготовлен?
- Что он должен знать о той сфере, где имеет больше пробелов, чем в прекрасно изученной им области соматической диагностики?
- Для чего ему вторгаться в область, где он будет подвергать сомнению свою роль уверенного в себе, знающего профессионала?

Если бы речь шла, об обучении медсестер новой технике работы (как это происходит в Европе и США), достаточно было бы ограничиться технической стороной дела: обеспечить наработку нового навыка с применением эффективного инструмента, что — само по себе — дорогого стоит.

При работе со специалистами, которые считают себя (заслуженно) профессионалами экстра-класса необходимо было предло-



жить такую «упаковку» информации, чтобы врач сам захотел примерить новую, крайне непривычную роль «обучателя» (тренера, коуча). То есть начал *добровольно передавать группе часть прав и свобод* и только участвовать в *дискуссии*, а не декларировать «истину в последней инстанции». Одна из слушательниц наших первых семинаров высказала свои опасения образно и эмоционально: «Вот я разрешу им самим определять, какая же диета необходима больному с диабетом, и они решат, что лучше всего питаться салом в шоколаде. И что мне делать? Ведь я же за них отвечаю!». В яркой картинке и технологический уровень — профилактика принятия группой ошибочных решений, и концептуальный — разделение зон ответственности за здоровье пациента между ним самим и врачом.

Вывод: в программе семинаров нашей команде необходимо было выделить ряд стратегических и тактических вопросов.

ЧТО СДЕЛАНО, ЧТО ДЕЛАЕТСЯ

На первом этапе

На *первом этапе* работы, который длился почти три года, психологическая часть семинаров была выстроена в формате «минимум условной теории, максимум безусловной практики». Под «условностью» теории подразумевается, что для любого теоретического постулата демонстрировалась технологическая привязка для немедленного применения в личной и профессиональной жизни.

Выглядело это так. Описывались принципы теории коммуникации [1], например: **принцип нелинейности детерминанты и принцип кругообразности паттернов коммуникации**. И предлагалось следующее пояснение:

... Еще Гиппократ говорил — все части организма образуют круг. Поэтому каждая часть является и началом, и концом. Спор о том, является ли коммуникация в данной семье патологической, потому что один из ее членов — психотик, или один из членов семьи — психотик, потому что коммуникация является патологической — безнадежен. Если рассматри-

Стратегические:

1. Что это такое (интерактивное обучение), чем отличается от других?
2. Зачем это нужно? Чего мы хотим в итоге (какова цель работы)?
3. Каковы границы применимости (для кого и в каких случаях)? Чем можно заменить?
4. Что процесс обучения должен дать ученику (пациенту)? Почему без этого нельзя?
5. Что процесс обучения должен дать обучателю (врачу)?

Тактические:

1. Как учить.
2. Как построить ресурсосберегающую модель деятельности обучателя.
3. Какую помощь мы можем предложить за пределами семинаров и чего ждем (за этими пределами) от наших слушателей.

вать взаимодействие тесно связанных между собой индивидов, возможные или гипотетические причины отходят на второй план, а первостепенную значимость приобретают реальные эффекты поведения. Т. е. главный вопрос в коммуникации не «ПОЧЕМУ», а «ЗАЧЕМ». «Почему» — это вопрос — прошлое, вопрос-оправдание, оправдываться мы все умеем блистательно; вопрос «зачем» — это вопрос-будущее, вопрос-цель. Спрашивайте своих пациентов, ЗАЧЕМ они нарушают диету, и будьте внимательны: они начнут отвечать ПОЧЕМУ. Задумайтесь, прямо сейчас, о проблеме, которая давно «висит», и спросите себя: ЗАЧЕМ вам необходимо это подвешенное состояние...

Практическая часть семинара проходила в формате case-study. Группа делилась на подгруппы. Каждой раздавались кейсы со сходными, но разными задачами; подгруппа готовила свою презентацию, которая обсуждалась всеми. То есть, обучение *методам интерактивного обучения* проходило



в интерактивном режиме. Общая задача звучала так: как быть, когда на групповое занятие приходит «трудный пациент» и ведет себя «плохо». Иными словами, отработывались модели групповой динамики и приемы продуктивного конфликтного взаимодействия. Эффективность обучения была повышена приемом ассоциаций, хорошо известным в психодраме: поведение «трудного пациента» не только описывалось, но сравнивалось с каким-либо представителем фауны. Ниже приведены два примера кейсов (на практике, в раздаточном материале были еще и красочные фотографии).

Примеры кейсов для обучения приемам групповой работы:

Вы проводите групповое обучение больных сахарным диабетом 2-го типа с применением интерактивных карт. Вы уже провели — и вполне успешно — два полных цикла. Сейчас Вы начали новый цикл с третьей группой. И поняли, что появилась серьезная проблема, которая может заметно снизить эффективность работы. Один из слушателей откровенно Вам мешает.

Это некий Николай Иванович, 63-х лет; диабетом болен 3 года. В «наличии» — ИБС и избыточный вес. Николай Иванович постоянно вспоминает, что «всю жизнь занимал руководящие должности и всегда мог потребовать, чтобы подчиненные вкалывали, как следует, а не груши окочивали». Он также подчеркивает, что «всегда сам полностью выкладывался и огрехов не допускал».

Дело не в его воспоминаниях — вы готовы уважать его прошлые заслуги — но он ведет себя агрессивно и по отношению к другим слушателям и, особенно, в отношении Вас. Он может вызывающе прервать Ваши объяснения, повысить голос, потребовать «перестать заниматься ерундой». На прошлом занятии он провозгласил, что «этим дармоедам — (врачам) — надо вообще перестать платить, может тогда они, наконец, почешутся и изобретут таблетку от диабета».

Дошло до того, что, проводя занятия, Вы ощущаете себя одиноким путником в

саванне, на которого несется разъяренный НОСОРОГ.

Дальше так продолжаться не может, нужно что-то предпринять — знать бы что...

Задачи:

- Определить свои интересы и цели.
- Определить (предположительно) интересы и цели НОСОРОГА.
- Разработать план действий.

Вы проводите групповое обучение больных сахарным диабетом 2-го типа с применением интерактивных карт. Вы уже провели - и вполне успешно - два полных цикла. Сейчас Вы начали новый цикл с третьей группой. И поняли, что появилась серьезная проблема, которая может заметно снизить эффективность работы. Один из слушателей откровенно Вам мешает.

Это некий Николай Иванович, 63-х лет; диабетом болен 3 года. В «наличии» — гипертоническая болезнь и избыточный вес. Он был Вам даже симпатичен вначале, когда приходил на индивидуальный прием: энциклопедически образованный человек, знает в совершенстве три языка, профессор ВУЗа... Но когда начались занятия в группе, ситуация стала напряженной.

Вы поняли, что Николай Иванович считает себя ВСЕЗНАЙКОЙ: он крайне самоуверен, имеет на все свою собственную точку зрения, и его мнение — единственно верное. Он (по его словам) «провел серьезное исследование всех данных по диабету в Интернете» и постоянно делает Вам замечания, ссылаясь на «статьи немецких и французских авторов в оригинале». Его знания фрагментарны, но если выясняется, что он ошибся, то, с присущей ему самоуверенностью, он доказывает, что во всем виноваты...Вы. Его тон в разговоре колеблется от уничижительно-снисходительного до агрессивно-презрительного.

Дошло до того, что, проводя занятия, Вы ощущаете себя, то мелким сусликом, на которого сверху презрительно смотрит ЖИРАФ, то перепуганным цыпленком под страшными лапами разгневанного ИНДЮКА.



Дальше так продолжаться не может, нужно что-то предпринять — знать бы что...

Задачи:

- *Определить свои интересы и цели.*
- *Определить (предположительно) интересы и цели ЖИРАФА и ИНДЮКА.*
- *Разработать план действий.*

Вводная и заключительная части кейсов совпадают. Ключевыми элементами были: осознание своих целей и наработка своего

инструментария, который легко можно применить, отталкиваясь от своей системы ценностей и привычного поведенческого набора действий.

Как раз осознание системы ценностей и поведенческих моделей для эффективной профессиональной (и не только) деятельности стало фокусом работы на **втором этапе проекта**.

Итак, прошло три года...

КОММУНИКАТИВНОСТЬ, КАК БАЗОВОЕ СВОЙСТВО СИСТЕМЫ

*Это нормально, что вы паникуете, только делайте это согласно протоколу.
Фраза из сериала «Немой свидетель»*

За первый цикл через наши семинары прошло более 400 врачей — эндокринологов, то есть почти все специалисты, занимающиеся в РФ обучением больных диабетом. Пришло время «собирать камни...». Было решено пригласить на второй цикл тех, кто уже наработал определенный опыт в интерактивном обучении и готов поделиться успехами и трудностями. Обратная связь позволила сформулировать **коллективный запрос аудитории**:

1. Повышение эффективности работы при амбулаторном приеме. *Что можно сделать на приеме, чтобы он (больной) вышел и начал вести себя правильно.*
2. Самоэффективность. *Помогите нам захотеть вести здоровый образ жизни.*

Надо уточнить: в первом пункте «правильное поведение» подразумевало не прием лекарств, а изменение образа жизни; второй пункт был аккуратно подсказан автором, пораженным количеством людей с избыточным весом среди врачей, чья задача «нести здоровье в массы». Но формулировка (были еще версии: *заставьте нас захотеть...*) показала, что психологам безработица пока не грозит.

В хорошо зарекомендовавшей себя общей концепции «условная теория + безусловная практика», теоретический блок выстроен в парадигме **системного анализа**. Сделано это было не для придания работе псевдонаучной ценности. Выше упоминалось, что «эндокринология мыслит системно», то есть такой подход близок аудитории. Кроме того, он позволяет создать

информационный каркас, на котором легко собираются технологии и техники в разных комбинациях по принципу Лего. Еще один плюс: восприятие другого как «системы с некоей данностью свойств» позволяет снизить эмоциональную компоненту от общения с пациентом; вместо накаленного внутреннего монолога *почему этот идиот не хочет сделать для себя хоть что-то...*, дистантное — *сегодня по условиям задачи имеем пациента с набором качеств...*

Напомним некоторые положения **теории систем**.

А. Открытые системы — это системы, свободно обменивающиеся энергией, веществом и информацией с окружающей средой.

То есть, человек — суть открытая система, ведущая с окружающим миром разноуровневые и разнообразные обмены.

В. Целостность системы означает, что каждый элемент системы вносит вклад в реализацию целевой функции системы.

Предлагаю врачам на семинаре рассмотреть гипотезу: если гормональный фон влияет на эмоциональное состояние и когнитивные функции, то возможен и обратный процесс. Иными словами, мозг — часть системы, возможно — не лучшая, но все претензии — к «Автору проекта» и деятельность или бездеятельность этой части влияет на всю систему. Влияние гормонов на когнитивные функции принимается легко, обратная теорема — существенно сложнее.



С. Надежность — свойство сохранения структуры систем, несмотря на гибель отдельных ее элементов с помощью их замены или дублирования, а **живучесть** — активное подавление вредных качеств. Таким образом, надежность является более пассивной формой, чем живучесть.

Д. Адаптивность — свойство изменять поведение или структуру с целью сохранения, улучшения или приобретения новых качеств в условиях изменения внешней среды. Или иначе: **тенденция целеустремленной системы функционировать в режиме «цель — результат»**. Обязательным условием возможности адаптивности является наличие обратных связей.

Остановимся чуть подробнее на этих двух пунктах. В медицине известно понятие «Ятрогенная» (др.-греч. врач + рождение) — изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача. Термин предложен немецким психиатром Освальдом Бумке.

В настоящее время согласно МКБ-10, ятрогенная понимается как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившееся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача.

На вопрос, можно ли (говоря упрощенно) «убить словом», медики уверенно кивают: ятрогенные заболевания — реальность врачебной практики. Вопрос: можно ли словом вылечить — повисает в тишине; если ответить утвердительно, придется «впустить на поляну» психологию.

Е. Устойчивость — фундаментальное свойство системы, способность системы противостоять внешним возмущающим воздействиям. От него зависит продолжительность жизни системы. Процесс **целенаправленного изменения во времени** состояния системы называется **поведением**. В отличие от **управления**, когда изменение состояния системы достигается за счет внешних воздействий, поведение реализуется

исключительно самой системой, исходя из собственных целей.

В соответствии с признаком равновесия система имеет определенное состояние (состояния), которое является для нее предпочтительным.

У Вирджинии Сатир есть выражение: «самая страшная сила в мире — сила привычки». Поведение человека направлено на сохранение предпочтительного состояния, во что бы то ни стало. Человек склонен сохранять и оберегать любимые привычки и родной образ жизни, буквально, рискуя жизнью. При этом поведение определяется только внутренними целями. В достижении подлинных целей человек действует всегда эффективно, но не всегда осознанно [3].

Страх перед изменениями и, соответственно, механизм сопротивления изменениям «встроен» эволюцией в древние структуры мозга. Мы не хотим меняться и прилагаем все усилия, чтобы сохранить существующее положение дел, до тех пор, пока не «прижмет, как следует».

Определение функционирования системы связано с понятием **«проблемной ситуации»**, которая возникает, если имеется различие между необходимым (желаемым) выходом и существующим (реальным) входом. **Проблема** — это разница между существующей и желаемой системами. Если этой разницы нет, то нет и проблемы. Решить проблему — значит скорректировать старую систему или сконструировать новую, желаемую.

Закон необходимого разнообразия (закон Эшби)

При создании проблеморазрешающей системы необходимо, чтобы эта система имела большее разнообразие, чем разнообразие решаемой проблемы, или была способна создать такое разнообразие. Иначе говоря, система должна обладать возможностью изменять своё состояние в ответ на возможное возмущение; разнообразие возмущений требует соответствующего ему разнообразия возможных состояний. Отсутствие или недостаточность разнообразия могут свидетельствовать о нарушении целостности подсистем, составляющих данную систему.



Вот с разнообразием возникают большие проблемы. Когда нас «прижимает», то есть, становится очевидным, что «само не рассосется», мы используем ограниченный набор стратегий вне зависимости от их продуктивности: в спокойном состоянии нарабатывать новые стратегии поведения не хотим, в стрессовой ситуации — не можем. Работает «эффект колеи»: жизненные стратегии приобретают высокий онтологический статус не по причине эффективности, но просто в силу повторяемости, неоднократного тиражирования в опыте человека. Можно сказать, что в наборе ментальных моделей индивида зачастую отсутствует «модель расширения модельного ряда».

Г. Коммуникативность — эта закономерность составляет **основу определения системы**. Коммуникативность — не синоним коммуникабельности. В системном анализе коммуникативность — есть **ценность деятельности в контексте достижения цели**. Именно от присвоения конкретному виду деятельности определенного ценностного указателя, **маркера приоритетности** и зависит, в конечном итоге, поведение индивида в долгосрочном периоде. В менеджменте «приоритет» есть произведение двух показателей: срочности и важности. В широком спектре жизнедеятельности эти маркеры формируются на основании модальностей хочу — могу — имею — должен, то есть на основании **отношения** к предполагаемым (планируемым) действиям. Классическое определение отношения дано Олпортотом (цит. по [2]): «Умственный процесс, посредством которого человек — на основе предыдущего опыта и сохраненной информации — организует свои восприятия, предположения и чувства касательно определенного объекта и направляет свое будущее поведение».

Коммуникативность определяет **развитие системы**: необратимое, направленное, закономерное изменение формы и содержания, в результате чего возникает новое качество или состояние объекта.

Резюме: человек выстраивает систему взаимодействия с миром на основе собственных целей (глубинных, а

не декларируемых, зачастую — неосознаваемых), применяет стратегии (не столько — адекватные, сколько — привычные), целевые установки соотносит (как правило) не с улучшением качества жизни, но с сохранением существующих привычек. При этом «развитие системы» будет означать лишь «необратимый качественный переход», а к богатству и здоровью или к бедности и болезни — это уж, куда кривая выведет. Определить, какая деятельность является наиболее ценной очень просто: единственный критерий — наблюдаемое поведение. И ценность такой деятельности (полностью индуцированной внутренними мотивами) — наиболее значимый фактор в жизни индивида **ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЗИТИВНОСТИ И ПРОДУКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТА В ОБЪЕКТИВНЫХ КРИТЕРИЯХ СТОРОННЕГО НАБЛЮДЕНИЯ**.

Вывод: определение индивидуальной иерархии ценностей, индивидуальной модели коммуникативности, позволяет вести «управление по целям и ценностям» в отношении различных сфер жизни индивида. Ценности — основа наших ментальных моделей.

Ментальные модели

Что является определяющим в **формулировке внутренних целей**; почему одним удается стать богатыми и здоровыми, а другим — нет.

В НЛП принят термин «карта мира», поясняемый как «отражение внешнего мира в сознании». Мне представляется более привлекательным понятие **«ментальных моделей»**. Термин был введен Кеннетом Крейком еще в 1943 г. Крейк определял модель как «форму обращения человека со множественностью внутренних представлений о внешнем мире».

В отличие от «карты», «модели» могут быть статическими и динамическими. Мы создаем ментальные модели любых явлений и объектов, в том числе — видение прошлого и будущего.

Модели позволяют упростить картину мира аналогично принятому в физике процессу «сжатия данных», то есть — удалению несущественной информации. Потребности



в упрощении возникают из-за ограниченных когнитивных способностей (объем внимания, памяти и способностей к обработке информации — не так уж велики). Польза ментальных моделей в том, что они позволяют уменьшить размерность окружающего мира (узнавать больше с меньшими усилиями). Большим достоинством ментальных моделей является их способность уменьшать сложность ситуаций и делать доступными приемы принятия решений. Они позволяют нам интерпретировать речь и поступки других. Однако чрезмерная упрощенность ведет к появлению системных и систематических ошибок в логических построениях и прогнозах [4].

Система ценностей в ментальных моделях формируется изначально родительским программированием (внешней средой). Для проверки и испытания моделей редко применяют контроль качества. Если существующие модели выглядят работоспособными, от них отказываются с трудом еще и потому, что нет гарантии, что новые будут эффективнее. Как заметил Дж. Марч «Опыт учит нас избавляться от того, что ему противоречит» (цит. по [5]).

Как упоминалось выше, иерархия ценностей выстраивается (ранжируется) по приоритетам в соответствии с **отношением**, причем человек зачастую не очень отчетливо представляет свою иерархию ценностей, а декларируемые приоритеты могут прямо противоречить поведению, то есть понимание ценностей происходит только на примере деятельности индивида.

Как изменить свою и чужую систему ценностей? Что можно (и можно ли) сделать, не уходя в глубинную психотерапию?

В наших семинарах «второго поколения» после очень краткого знакомства с теорией систем работа проходила в формате **стратегической сессии**. Это одна из наиболее динамичных и эффективных моделей современного интерактива. Такой формат позволяет участнику наработать индивидуальный сценарий изменения своих ментальных моделей и скомпоновать «набор инструментов» для работы с другими.

Представленный ниже материал — только набросок возможных направлений работы.

ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЮ

*Вам будет некогда переживать, вы будете очень заняты
Фраза из сериала «Немой свидетель»*

Насколько сложной, долгой, кропотливой должна быть работа по переоценке ценностей? Приведу пример экспресс-консультирования, который занял меньше минуты.

На одном из семинаров в перерыве подошла ко мне женщина вполне зрелого возраста, хорошо выглядящая, с уверенной осанкой и независимыми манерами; на протяжении всего занятия она демонстрировала быструю реакцию, высокий интеллект и хорошее чувство юмора. Ну, просто «вся в шоколаде».

Дальше произошел такой диалог (лексика сохранена):

Она: (после вступительных фраз) У меня все хорошо в жизни: муж, дети, внуки, любимая работа. Меня все считают уверенным, спокойным и волевым человеком. Я всего добилась сама, я правда, могу быть очень настойчивой и целеустремленной. Но... я всегда любила поесть,

а сейчас этот процесс стал буквально неконтролируемым. Я не ем, а жру, когда никто не видит, сметаю все, набиваю живот до предела, до сердцебиения. Полнею, здоровье ухудшается и не могу... обещаю себе, что с завтрашнего дня... Много лет обещаю... Получается, главная ценность моей жизни — уничтожить все съестное, до которого могу дотянуться? Как сменить приоритеты?

Я: задам несколько вопросов, отвечайте, не раздумывая, мгновенно. Вы только что демонстрировали, как быстро умеете реагировать. Итак, для чего Вы так набиваете желудок?

Она: чтобы жизнь была полной (улыбается).

Я: чем Вы наполняете жизнь?

Она: (пауза) дерьмом...

Я: для чего Вы превращаете свою жизнь в дерьмо?



Она: меня никто не любит (плечи уходят вниз, голос детский со слезами; пауза; габитус восстанавливается, на лице — изумление) ... и я из-за этого... этого... бреда я уродую себя!!! Все, спасибо, я поняла (уходит).

Потом (через месяц) дама позвонила и рассказала, что всегда смеялась над призывом «любить себя» и гордо говорила: «себя любить — это душевный онанизм, а я себя уважаю».

(Спасибо родителям за наше счастливое детство)

А в тот момент поняла: уважают того, кто все может сам, ему помогать не надо, а любимого балуют, поддерживают, ему РАЗРЕШАЮТ, ОН ЦЕНЕН ПО ФАКТУ СУЩЕСТВОВАНИЯ. И она РАЗРЕШИЛА себе делать зарядку и оставлять еду на тарелке. Добавила, что теперь поняла, что это такое: мгновенно стать другим человеком, ощутила это физиологически, как только пришло осознание: в детстве все-таки любили, и сейчас любят...

Это случай, когда клиент все сделал самостоятельно, когда необходимо не то, что поддержать, а просто «подуть» и «само покатится». Такие чудеса есть в архиве каждого психотерапевта. Обычно технологическая цепочка длиннее.

1. Внутренний диалог и технология принятия решений

Вспомним принципы теории коммуникации и вопрос «зачем» вместо «почему». В процессе принятия решений, когда мы хотим что-либо изменить в жизни, идет внутренний диалог: говоришь себе — надо зарядку делать (на диету сесть, работу сменить), а внутренний голос лениво возражает — а зачем... Что самое смешное (или трагичное) мы с ним соглашаемся практически сразу же — и правда, незачем (см. принцип устойчивости системы). Хорошая техника — **научиться возражать** этому **внутреннему аудитору**, не принимая его позицию директивного родителя. Представьте такой внутренний диалог: *надо делать зарядку... а зачем... для здоровья... а я не хочу... ну, и не надо, я буду делать, а ты как хочешь, делай со мной или лежи на диване, или совсем уйди...* На ехидный вопрос внутреннего аудитора: *и что ты будешь без меня*

делать?... бодрый ответ: буду скучать... иногда.

Во время отработки этого приема на семинаре одна из слушательниц потрясенно воскликнула: «Это же работает! У меня такое ощущение, что я теперь все могу... Ой, мамочки, страшно-то как!».

В случаях серьезных, когда приходится принимать значимые решения, грамотно будет провести со своим **аудитором** конструктивные переговоры: просчитать **от чего придется отказаться, принимая решение измениться, и от чего — при решении оставить все «как есть»**: Я тебя исключительно уважаю, давай серьезно просчитаем, а в самом деле, надо ли принимать мое предложение или твое. Напомни, кстати, мы с тобой на диване остаемся лежать для чего? И дальше просчитать варианты в любой технике: сравнение списков, балльное ранжирование, круговая диаграмма и т.д. И считать действительно честно: если собеседник — это мой внутренний голос, то он точно — не дурак. При работе с клиентами (пациентами) важно подчеркнуть невозможность не-выбора: действие или бездействие — это все равно выбор, только риски и конечный результат разнятся; и управление своей жизнью оставляем в своих руках или делегируем вовне, другим людям, обстоятельствам, судьбе. Конечно, когда есть кто-то, виноватый во всех наших бедах, для самооценки — приятно, а для здоровья — критично.

2. Связывание ценностей (по К. Харскому) [7]

К. Харский считает, что для изменения системы ценностей есть два пути — кризис и воспитание (самовоспитание). Кризисная смена ценностей проходит через стадии надежда — поиск виновного — разочарование — поиск новых ориентиров — присяга новым приоритетам. Это очень схоже с хорошо известной схемой принятия болезни по классификации Э. Кюблер-Росс: отрицание или шок — **гнев** — торг — депрессия — принятие.

Стадии могут отличаться по длительности и интенсивности. В приведенном выше психотерапевтическом примере можно отследить все этапы, сменяющиеся, как в калейдоскопе.



Техника связывания может применяться для повышения или понижения значимости ценности. Для повышения значимости выбираем какую-либо уже доминантную ценность и убеждаем(ся), что реализация этой доминанты напрямую связана с той, которую надо «подтянуть». Для понижения значимости возможны два варианта действий.

Первый — «привязать» понижаемую ценность к тому, что считаем пустяком, ерундой. Здесь есть опасность обратного эффекта: возможность повышения пустяка до значимого уровня. Чтобы этого не случилось, можно задействовать приемы НЛП. Второй способ — представить эту вредную ценность, как прямую и явную угрозу доминантной ценности.

3. Седона — метод. Этот метод в авторской версии Гейла Двоскина упоминался в статье [2]. На мой взгляд, отлично работает в эмоционально нагруженных ситуациях, то есть, почти всегда.

4. Успех — это просто набор хороших привычек. Техника «простая, как мычание», и эффективная, как многие простые приемы. Составить список хороших привычек, которые уже есть. Похвалить себя. Спросить свой организм, какая еще хорошая привычка может доставить ему (организму) удовольствие. И договориться с ним (организмом): мы доставляем ему еще одно удовольствие, а он нам каждый день в течение трех недель напоминает о необходимости совершения действия. Ну, и мы сами тоже помним (на всякий случай). Как известно, 21 день — средний срок перехода действия в навык (в автоматический режим). Главное — не «голосовать списком», как на партсобраниях в советские времена. И помнить, что 21 день — это срок для простого навыка, серьезные изменения куются в течение трех месяцев. Отрабатываем по одной привычке за раз. И не обманываем себя, заталкивая в одну привычку нечто глобальное: начинаю бегать марафон (питаться только здоровыми продуктами и пр.); применяем «тактику малых побед».

Двенадцать минут

Во времена начала освоения космоса в СССР была популярна песня «у нас еще до старта 14 минут...». Длительность врачебного приема в обычной поликлинике —

12 минут. Во время стратегических сессий со специалистами — медиками придумывались и обсуждались экспресс — техники, которые можно включить в процедуру работы с пациентом для повышения мотивации «к здоровью». Несколько примеров:

- **Прием: вчера на этом стуле.** Продолжаем фразу... *плакала женщина, ее мужу отняли ногу (диабетическая гангрена) ... сидел человек, который укорял меня, что я его не уговорил перейти на инсулин еще 2 года назад... Вы опасаетесь лишиться привычных маленьких радостей, а я боюсь... откровенно боюсь, что сейчас не смогу убедить Вас, а завтра будет поздно.*
- **Визуализация.** Можно картинки показывать, а можно в руки дать: *вот это листок с перечнем низкокалорийных продуктов, вот это — игла для инъекций инсулина, вот это — пила для ампутации конечностей. Вы что выберете?*
- **«Мы с тобой одной крови».** Особое значение для личности имеет модель **отношений сотрудничества**. Суть такого взаимодействия — **совместные усилия для достижения целей каждого**. Травмирующее событие может коренным образом изменить жизнь, трансформируя устойчивые формы реагирования. Однако если это событие будет проинтерпретировано «надежным человеком» в позитивном ключе, воспоминания о психологической травме — осознанные или неосознаваемые — будут совершенно иными.
- **Встань с диеты!** Парадоксальное предписание — еще один отличный и известный психотерапевтический прием. Совет «встать с диеты» в ответ на причитания пациента, который *никак, ну, никак не может заставить себя сесть на диету*, по его (пациента) словам *сначала поверг в шок, затем подвиг к действиям*.

Масштабная работа по обучению здоровью не то, чтобы началась, а только «едва наметилась». Она требует консолидированных и последовательных усилий на государственном, профессиональном, социальном уровнях. Будет ли эта работа успешной? Что ж, успех — просто набор хороших привычек.



ЛИТЕРАТУРА

1. Вацлавик П. Прагматика человеческих коммуникаций. М.: Эксмо-Пресс, — 2000.
2. Рудина Л. М. Психология управления здоровьем. // Психотерапия. — М.: Генус, 2010. №12, — С. 46–55.
3. Сатир В. Психотерапия семьи. СПб: Ювента, — 1999.
4. Фостер Р. Капллн С. Созидательное разрушение. М.: Альпина Бизнес Букс, — 2005.
5. Франсуа Ж., Барсу Ж. Л. Синдром установки на неудачу // Harvard Business Review. — Альпина Бизнес Букс. — 2006. — №4. — С. 90–105.
6. HealthManagement / NHS Evidence – health management formerly a Specialist Library of the National Library for Health. URL: <http://www.library.nhs.uk/> [дата обращения: 12.02.2011].
7. Харский К. Ценностное управление для бизнеса. // ДитМир — Электронная библиотека — URL: <https://www.litmir.co/a/?id=11612/> [дата обращения: 02.03.2011].

Theory system in the field of health education

Larisa Rudina,
(Russian Presidential Academy,
Moscow, Russia)

Abstract: The article is devoted to the latest achievements in the field of health education, interactive methods in-group dynamic in particular. The focus is on the correction mental models for behavior changing.

Common aspects, health education interpreted in terms of system analyze, communicative, person's priorities in individual mental models are presented in the first part of article. Content of second part includes author's methods and techniques forming internal motivation for behavior changing.

Key words: health education, communicative, system analyze, attitude, priority, interactive learning, making decisions.

ПСИХОДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ

ТАБИДЗЕ А. А.,
(Москва, Россия)

Аннотация

Представлена новая интерпретация теста Кеттелла позволяющая различать предрасположенность к психосоматическим, невротическим и психотическим расстройствам. Метод позволяет доказательно демонстрировать результаты психокоррекции как в случае саморегуляции, так и в случае фармакотерапии. Вводится новый показатель — степень психологической зрелости человека, оценивающий его склонность к психогенным заболеваниям.

Ключевые слова: психосоматика, психодиагностика, тест Кеттелла, саморегуляция, фармакотерапия, психокоррекция.

УДК 159.9.072.42

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы психодиагностики пациентов с психогенными, в частности — с психосоматическими расстройствами, начинают занимать в настоящее время первостепенное значение в практике клинического психолога и терапевта. Здесь, на мой взгляд, профессиональный подход подразумевает в первую очередь — поиск и оценку конкретных психологических качеств пациента, ответственных за возникновение болезни. И во вторую очередь — выбор адекватного метода лечения — фармакотерапии или методов саморегуляции.

Многообразие психосоматических расстройств сопряжено с многообразием психологических (эмоциональных) состояний пациента, ответственных за то или иное расстройство [3]. Ввиду этого многообразия основным требованием к методу психодиагностики предъявляется многогранность его представления психологического портрета. Из всех существующих методов психоди-

агностики (ММРІ, СМІЛ, Люшера, Сонди, Занга, Вейна, Спилбергера — Ханина и мн.др.) этому требованию отвечает только метод Кеттелла, представляющий портрет пациента из 16 психологических качеств.

В этом известном методе имелись некоторые принципиальные неточности, приводящие с позиций клинической психологии к смысловым противоречиям. Эти противоречия нами были устранены путём новой интерпретации результатов теста [8]. Психометрические характеристики теста (валидность, надёжность и др.) остаются теми же, так как сам тест остаётся неизменным, а только уточняется интерпретация его числовых результатов. Пользователь может иметь одновременно результаты теста как в стандартизированном виде, так и в новой интерпретации.

Получен большой психодиагностический материал для различных групп населения [9].



РЕЗУЛЬТАТЫ

В качестве примера на *рис. 1* и *рис. 2* представлены семейные результаты психодиагностики клиентки О.И. (55 лет, не замужем) и её дочери Натальи Н. (31 год, не замужем). После заполнения опросника в течение 15–20 мин. мы получаем в резуль-

тате компьютерной обработки диаграмму из 4-х полярных групп характеристик человека: эмоциональной (С, L, O, Q4), волевой (Q3, E, G, H), коммуникативной (А, F, I, Q2) и интеллектуальной (В, М, N, Q1).

	Ф ^Λ	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС	-5 -4 -3 -2 -1 0	1 2 3 4 5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
С ^Λ	-4	Эмоциональная неустойчивость	██████████		Эмоциональная устойчивость
L ^Λ	-5	Подозрительность	██████████		Дружелюбность
O ^Λ	-5	Тревожность	██████████		Спокойствие
Q4 ^Λ	-3	Напряженность	██████████		Расслабленность
ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА					
Q3 ^Λ	+1	Низкий самоконтроль		█	Высокий самоконтроль
E ^Λ	+5	Подчиненность		██████████	Властность
G ^Λ	+1	Небрежность		█	Ответственность
H ^Λ	+1	Робость		█	Смелость
КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА					
A ^Λ	-3	Отчужденность	██████████		Общительность
F ^Λ	-4	Пессимизм	██████████		Оптимизм
I ^Λ	-1	Суровость	████		Мягкосердечие
Q2 ^Λ	+4	Зависимость от группы		██████████	Самостоятельность
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
B ^Λ	-3	Низкий интеллект	██████████		Высокий интеллект
M ^Λ	+1	Практичность		█	Мечтательность
N ^Λ	-1	Прямолинейность	████		Дипломатичность
Q1 ^Λ	+3	Консерватизм		██████████	Гибкость

Рис. 1. Ольга Ив., мама Натальи (55 лет). Телесные проблемы. Гипертиреоз, миома матки. Депрессивный синдром.

Все эти факторы принимают полярные численные значения от -5 до +5. По сравнению со стандартизированным видом новая диаграмма обладает простотой восприятия и наглядностью.

Из литературы известно, что за состояние телесного здоровья из 16 факторов отвечают преимущественно 4 конкретных психологических фактора эмоционального характера [7, 5]:



	Ф [^]	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС	-5 -4 -3 -2 -1 0	1 2 3 4 5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
С [^]	-3	Эмоциональная неустойчивость	██████████		Эмоциональная устойчивость
L [^]	-4	Подозрительность	██████████		Дружелюбность
O [^]	-5	Тревожность	██████████		Спокойствие
Q4 [^]	-5	Напряженность	██████████		Расслабленность
ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА					
Q3 [^]	-4	Низкий самоконтроль	██████████		Высокий самоконтроль
E [^]	+5	Подчиненность		██████████	Властность
G [^]	+1	Небрежность		█	Ответственность
H [^]	+4	Робость		██████████	Смелость
КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА					
A [^]	-2	Отчужденность	██████████		Общительность
F [^]	+4	Пессимизм		██████████	Оптимизм
I [^]	+2	Суровость		█	Мягкосердечие
Q2 [^]	-2	Зависимость от группы	██████████		Самостоятельность
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
B [^]	+3	Низкий интеллект		██████████	Высокий интеллект
M [^]	+2	Практичность		█	Мечтательность
N [^]	+1	Прямолинейность		█	Дипломатичность
Q1 [^]	+5	Консерватизм		██████████	Гибкость

Рис. 2. Наталья Н.(31 год). Социальные проблемы. Трудность создания семьи. Синдром хронической усталости.

С — эмоциональная неустойчивость,
L — недоверчивость, подозрительность,
O — тревожность,
Q4 — психическая эмоциональная напряжённость

Здесь пациент способен сам видеть психологические причины своих телесных расстройств. Данная диаграмма позволяет прийти в первом приближении к дифференциации психогенных заболеваний — психосоматических, невротических и психотических.

ПСИХОСОМАТИКА

За вероятность возникновения болезней психосоматического плана в большей степени отвечают факторы — тревожность O и эмоциональная напряжённость Q4. Так, высокие отрицательные значения эмоциональной напряжённости (Q4) трансформируются в состояния телесной напряжённости, что наиболее вероятно приводит к телесным спазмам сосудов и внутренних органов и способствует проявлению нарушений, связанных



со спастическими процессами (это — спастические головные и сердечные боли, повышенное артериальное давление, дискинезия желчевыводящих путей, спастический колит, бронхиальная астма, язва желудка и др.).

С другой стороны, устойчивые значения тревожности (O) обычно приводят к постоянной выработке гормонов стресса, и как следствие к истощению гормональной системы и возникновению эндокринных заболеваний — диабета, гипертиреоза, нарушений женской или мужской половой сферы и др.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

За вероятность возникновения невротических расстройств в большей степени отвечают отрицательные значения факторов C (эмоциональная неустойчивость) и L (недоверчивость, подозрительность), предполагающих проявления истерического и паранойального синдрома [2,7].

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

За психотические расстройства в большей степени отвечают одновременно проявляемые следующие отрицательные психологические факторы — низкий самоконтроль, импульсивность (Q3), подозрительность (L) и отчуждённость (A) [1]. Психотические расстройства, в большей мере, приводят к нарушениям в социальной сфере, чем в телесной.

В обсуждении этого раздела видна важность выбора метода психодиагностики именно с многогранным профилем личности для уточнения типа психогенного расстройства.

Учитывая негативное проявление 4-х эмоциональных факторов, влияющих на телесное здоровье, и суммируя их, предлагается ввести понятие степени эмоциональной зрелости (EQ) человека:

$$EQ = C+L+O+Q4 \text{ (Формула 1.)}$$

Тогда степень психологической (эмоциональной) зрелости в первом приближении будет определяться знаком EQ. Если знак EQ отрицательный, то наиболее вероятно перед нами психологически незрелая личность. В не-

которой степени эта личность несёт негативный эмоциональный заряд, разряжающийся или в объекты внутреннего мира (внутренние органы и системы), или в объекты внешнего мира (отношения с близкими).

Теперь возвращаясь к *рис.1* и *2*. мы можем видеть, что как мать, так и дочь относятся к эмоционально незрелым личностям.

У них обеих EQ = - 17.

Для матери (О.И., 55 лет) высокие отрицательные значения тревожности (O = -5) и эмоциональной напряжённости (Q4 = -3) предопределяют возникновение у неё психосоматических заболеваний, что подтверждается в действительности - проявленные гипертиреоз, миома матки. Также у неё имеют место невротические нарушения — определяемые высокими отрицательными значениями C = -4, L = -5, приведшие в итоге к депрессивному синдрому (F = -4). Её запрос к психологу — делать или не делать предлагаемые врачами операции по гинекологии и щитовидной железе?

Для дочери (Натальи Н., 31 год), обнаруживается аналогичный эмоциональный профиль (*рис.2*) как у матери, но психосоматические заболевания здесь ещё не проявлены в телесной сфере. Невротические процессы также ещё не возникли, о чём говорит высокий оптимизм (фактор F = +4).

Её запрос — отсутствует близкий человек, уходит время создания семьи и рождения детей. Её негативные эмоциональные качества C, L, O, Q4 ещё не привели к телесным деформациям, защитные силы организма пока высоки. Но эти отрицательные эмоциональные качества на данном этапе жизни приводят к социальным деформациям — невозможности построить гармоничные, доверительные, спокойные семейные отношения.

Подобные совпадения близости психологических профилей наблюдались для многих семей, что в отдельных случаях может говорить о наследственной передаче психосоматических заболеваний. Это факт может быть использован в качестве ранней диагностики ещё не проявившихся конкретных психогенных заболеваний у молодых родственников.

Наталье Н. было рекомендовано освоение методов саморегуляции, в частности — навыка психогигиены с помощью систематических аутотренингов, что в дальнейшем (через полгода) имело положительный результат.



САМОРЕГУЛЯЦИЯ

На рис. 3 и 4 представлен один из многочисленных результатов психокоррекционного лечения пациентов Московской Службы Психологической Помощи Населению (МСППН) [14].

	Ф ^Λ	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС	-5 -4 -3 -2 -1 0	1 2 3 4 5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
С ^Λ	+2	Эмоциональная неустойчивость		■	Эмоциональная устойчивость
L ^Λ	-2	Подозрительность	■		Дружелюбность
O ^Λ	-4	Тревожность	■		Спокойствие
Q4 ^Λ	-5	Напряженность	■		Расслабленность
ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА					
Q3 ^Λ	+1	Низкий самоконтроль		■	Высокий самоконтроль
E ^Λ	+3	Подчиненность		■	Властность
G ^Λ	+1	Небрежность		■	Ответственность
H ^Λ	-1	Робость	■		Смелость
КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА					
A ^Λ	-1	Отчужденность	■		Общительность
F ^Λ	0	Пессимизм		■	Оптимизм
I ^Λ	-1	Суровость	■		Мягкосердечие
Q2 ^Λ	+1	Зависимость от группы		■	Самостоятельность
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
B ^Λ	+1	Низкий интеллект		■	Высокий интеллект
M ^Λ	+2	Практичность		■	Мечтательность
N ^Λ	+1	Прямолинейность		■	Дипломатичность
Q1 ^Λ	-1	Консерватизм	■		Гибкость

Рис. 3. Личностный профиль МЛВ2 (42 г) ДО ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Пациентка (42 года, МЛВ2), обратилась за помощью в МСППН с жалобами на повышенную тревожность, эмоциональную неустойчивость, нарушение сна; кроме того у неё диагностировался депрессивный синдром на фоне конфликтной ситуации с мужем.

Результаты начальной тестовой психодиагностики (рис.3) соответствовали жалобам. Так из этого рис. 3 видно, что почти вся группа эмоциональных качеств оказалась нега-

тивной (красной) с высокими отрицательными значениями: подозрительность L = -2, а тревожность O = -4, а внутреннее напряжение Q4 = -5 приняло предельно отрицательные значения. Эти эмоциональные качества её профиля свидетельствуют о явной предрасположенности к невротическим и психосоматическим заболеваниям, (EQ = -9).

С целью освоения методов саморегуляции было проведено 10 сеансов психокор-



	Ф ^Λ	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС	-5 -4 -3 -2 -1 0	1 2 3 4 5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
C ^Λ	+4	Эмоциональная неустойчивость			Эмоциональная устойчивость
L ^Λ	-2	Подозрительность			Дружелюбность
O ^Λ	-1	Тревожность			Спокойствие
Q4 ^Λ	+2	Напряженность			Расслабленность
ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА					
Q3 ^Λ	+3	Низкий самоконтроль			Высокий самоконтроль
E ^Λ	+2	Подчиненность			Властность
G ^Λ	+2	Небрежность			Ответственность
H ^Λ	+2	Робость			Смелость
КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА					
A ^Λ	+1	Отчужденность			Общительность
F ^Λ	+2	Пессимизм			Оптимизм
I ^Λ	+1	Суровость			Мягкосердечие
Q2 ^Λ	-1	Зависимость от группы			Самостоятельность
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
B ^Λ	+3	Низкий интеллект			Высокий интеллект
M ^Λ	+2	Практичность			Мечтательность
N ^Λ	+2	Прямолинейность			Дипломатичность
Q1 ^Λ	-2	Консерватизм			Гибкость

Рис. 4. Личностный профиль МЛВ2 (42 г.) ПОСЛЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ (10 сеансов)

ции по два сеанса в неделю, где пациентка наряду с рациональной психотерапией прослушивала музыкотерапевтические программы и аутогенные тренировки, разработанные нашим Центром «Психопедагогика» [4,10]. Психофармакология не использовалась. Через 40 дней был выполнен новый опросник и получены новые данные (рис.4). Эмоциональное состояние клиентки существенно улучшилось. Внутреннее напряжение фактически ушло (Q4=+2), тревожность снизилась до минимума (O=-1), эмоциональная устойчивость существенно повысилась (C =+4). Улучшение эмоциональных качеств (EQ=+3), отвечающих за физическое состояние организма, сразу повлияло на улучшение

и других качеств — волевых (повысился самоконтроль Q3, уверенность в себе H), коммуникативных (появились доброжелательность A, оптимизм F) и интеллектуальных качеств (фактор B повысился на два пункта). Весь профиль стал более зелёным.

Близкие положительные результаты были получены и для остальных, участвующих в эксперименте 27 человек, что является объективным показателем улучшения здоровья с помощью подобного психодиагностического и психотерапевтического инструментария. Все пациенты субъективно отмечали улучшение самочувствия, улучшения сна, улучшения отношений в семье, исчезновения болезненных симптомов [9].



Особая важность психодиагностики с помощью данного теста заключается в том, что когда пациент, глядя на диаграмму, лично, воочию, убеждается в своих объективных негативных качествах, когда видит действительные причины своих телесных проблем,

у него возникает в некотором роде инсайт, и тогда он начинает осознавать собственную ответственность за своё здоровье и у него появляется реальная мотивация к работе над собой.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Естественно предположить, что в процессе медикаментозной терапии происходит также психокоррекция психологических качеств пациента (под действием психотропных препаратов), которая и приводит к излечению. Сопоставим результаты психокоррекции достигаемой этими двумя различными подходами — саморегуляцией и фармакотерапией.

На *рис. 5* и *рис. 6* представлена эмоциональная часть теста Кеттелла до лечения

и после него. Это обобщённая диаграмма для группы больных с анамнезом — язвенная болезнь желудка. Из *рис.5* чётко видно, что это классическое психосоматическое заболевание, обусловленное наличием преимущественно 2-х психологических качеств — тревожности O и эмоциональной напряжённости Q4. Данные получены из анализа теста MMPI для больных клиники госпитальной терапии ММА им. И.М. Сеченова [6].

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
C [^]	-1	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ			ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L [^]	-1	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O [^]	-4	ТРЕВОЖНОСТЬ			СПОКОЙСТВИЕ
Q4 [^]	-5	НАПРЯЖЕННОСТЬ			РАССЛАБЛЕННОСТЬ
Q3 [^]	0	НИЗКИЙ САМОКОНТРОЛЬ			ВЫСОКИЙ САМОКОНТРОЛЬ
F [^]	-1	ПЕССИМИЗМ			ОПТИМИЗМ

Рис. 5. Усреднённый психологический профиль больных язвенной болезнью до лечения

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
C [^]	0	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ			ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L [^]	0	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O [^]	0	ТРЕВОЖНОСТЬ			СПОКОЙСТВИЕ
Q4 [^]	-1	НАПРЯЖЕННОСТЬ			РАССЛАБЛЕННОСТЬ
Q3 [^]	0	НИЗКИЙ САМОКОНТРОЛЬ			ВЫСОКИЙ САМОКОНТРОЛЬ
F [^]	0	ПЕССИМИЗМ			ОПТИМИЗМ

Рис.6. Усреднённый психологический профиль больных язвенной болезнью после психотропной терапии.



Из сопоставления *рис. 4* и *рис. 6* видно, что как для саморегуляции, так и для фармакотерапии достигаются улучшения психологических качеств.

Однако **фармакотерапия** осуществляет эту возможность, воздействуя на физиологию пациента, меняя при этом его психофизиологию. Это приводит к ограничению проявлений негативных черт характера пациента, и в некоторой степени к его уплотнению. При этом внутренние установки (ожидания) на проявления враждебности внешней среды сохраняются и становятся не столь выраженными. Кроме того, применение психотропных препаратов может приводить к нежелательным побочным действиям.

Саморегуляция осуществляет возможность улучшения психологических качеств через психологию пациента, вырабатывая у него новые культурные навыки — спокойствия, релаксации, доверчивости, эмоциональной устойчивости. Здесь мы уже имеем в наличии — личностный рост человека, и как мы видим из *рис. 4*, приводящий к изменению всей его структуры, улучшая, кроме здоровья, также его интеллектуальные, волевые и коммуникативные качества.

Такие результаты для фармакотерапии недоступны.

На основании результатов работы и приведенной литературы можно сделать следующие **ВЫВОДЫ**

1. Для врачей и клинических психологов предложен в качестве единого образцового психодиагностического метода — метод Кеттелла с новой интерпретацией, обладающий широкими возможностями как для самодиагностики, так и для диагностики пациентов и клиентов [6].
2. Показано, что степень психологической зрелости EQ является как показателем предрасположенности или наличия у человека психогенных заболеваний, так и показателем качества его жизни.
3. Учёт причин возникновения психогенных заболеваний указывает, что проведение полноценной психодиагностики как в профилактических, так и в лечебных целях является в настоящее время в медицинской практике обязательной процедурой.

4. Психогенные заболевания часто имеют наследственную причину [11,12], Поэтому проведение семейной психологической диагностики (мать, отец, дети) является в педиатрии обязательным профессиональным подходом в выборе тактики семейного лечения или семейной психокоррекции.
5. В практике консультирования планирования семьи, учитывая возможную наследственную передачу психогенных заболеваний, необходима предварительная (донатальная) психодиагностика будущих родителей [13].

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю. М., Эминов В. Е. *Личность преступника*. Криминолого-психологическое исследование. — М.: Норма: ИНФРА, 2014. — 368 с.
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова У. Д. *Методика многостороннего исследования личности*. — М.: Березин Феликс Борисович, 2011, — 320 стр.
3. *Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение.* / Под ред. Вейн А. М. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003, — 752 стр
4. *Востриков А. А., Табидзе А. А. Педагогическая психотерапия. Книга 2. Курс психотехники. Учебное пособие.* — Томск: Продуктивная педагогика, 2008. — 236 с.
5. Психпрофиль Профессиональные психологические тесты. Версия 4.01 от 14.03.2011 для локальных ПК. — М.: Институт Психологии РАН: Когито-Центр, 2011
6. ПСИПРОФИЛЬ. Профессиональные психологические тесты. Версия 4(t) от 14.04.2014 г. для локальных ПК. — М.: Институт Психологии РАН: Когито-Центр, 2014
7. *Психодиагностика. Справочник практического психолога.* / Под общ. ред. Посохова С. Т., М.: АСТ, 2005, — 671 с.
8. *Табидзе А. А. Об эффективности использования модифицированного теста Кеттелла в психотерапевтической практике.* // ПСИХОТЕРАПИЯ. — 2013, — №6, С.37–43



9. Табидзе А. А. Теория и практика генезиса психогенных заболеваний. Журнал «Психотерапия». — 2014, — №11, — С. 2–10.

10. Табидзе А. А., Аутогенная тренировка №2 «Уравновешенность и устойчивость к стрессу», // Оздоровительные и диагностические технологии восстановительной медицины. Многотомный каталог-справочник. / Под ред. Разумов. — М: Альянс Инвест. — 2003. —142.С.

11. Табидзе А. А. О возможностях приборной психодиагностики. // ПСИХОТЕРАПИЯ. — 2010, — №4, — С.29–34.

12. Табидзе А. А. О прогнозировании психологических черт будущего ребёнка. // Психотерапия. — 2010. — №10. — С.42.

13. Табидзе А. А. Донатальная психодиагностика репродуктивного здоровья родителей как предикт здоровья их будущего ребёнка. // Труды Российского национального Конгресса «Человек и лекарство», апрель. — 2015. — С. 156-157.

14. Успенская С. Ю., Ляшенко Л. А., Табидзе А. А. Психодиагностика в оценке эффек-

тивности музыкотерапии и аутотренинга. // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Сборник научных статей / под ред. Мазуров В.И. — Санкт-Петербург, 2014. — С.190–195..

Psychodiagnostics of psychosomatics and efficiency of self-regulation

*Tabidze Alexander,
(Moscow, Russia)*

Summary. *A new interpretation of the test Cattell, allows to distinguish between a predisposition to psychosomatic , neurotic and psychotic disorders. The method allows to conclusively demonstrate the results of psychological correction in the case of self-control , and in the case of pharmacotherapy. We introduce a new measure - the degree of psychological maturity of the person. evaluate its tendency to psychogenic illness.*

Keywords: *psychosomatic medicine, psycho-diagnostics, test Cattell, self-control, pharmacotherapy, psychocorrection*

К АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ТЕОРИИ И МЕТОДОЛОГИИ. ТЕЗИСЫ.

ХАЙКИН А. В.,
(Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

Формулируются основные вопросы и задачи, решение которых необходимо для развития теории и методологии процессуальных подходов. Основное внимание уделяется вопросам общей природы психологических явлений, лежащих в основе тенденций, зачатков процесса, а также и общих закономерностей развертывания исцеляющего процесса и способствования этому развертыванию.

Ключевые слова: процессуальные методы, исцеляющий процесс, методология.

УДК 615.851+159.98

Среди психотерапевтических методов, служащих эффективными средствами психосоматотерапии и саморегуляции, можно выделить группу подходов, которые, по мнению автора, относятся к единому, создающемуся на наших глазах «Процессуальному» направлению психотерапии [9,10,12]. Основанием для объединения Фокусирования Ю.Джэндлина [2, 3], Эпистемологической метафоры Д. Гроува [4], Процессуальной работы А. Минделла [7, 8], Хакоми Р. Курца [5], Соматического переживания П. Левина [6] и идеодинамической гипнотерапии Э.Росси (Техник Росси) [1] в одно направление может являться базирование этих методов на идее исцеляющего процесса, который развертывается из тенденций, энергии и информации, заключенных в самой проблеме. (Коей, кстати, может быть и телесное заболевание или симптом!) Процессуальные тенденции, содержащиеся в проблеме удобно описывать метафорой, что здесь нечто «хочет произойти». Работа в таких методах определяется решением трех следующих задач, (которые могут выступать и этапами работы): а) получение доступа к «ядру» процесса — тенденциям динамики, энергии и "информационному полю" проблемы; б) разворачивание тенденций в исцеляющий процесс, который одновременно является и процес-

сом углубления информации; в) сопровождение процесса до его завершения [12]. Тем, какие именно процессуальные тенденции используются и каким образом решаются сформулированные выше задачи, и отличаются различные процессуальные методы. (Естественно, что психотерапевт здесь «сопровождает», не вмешиваясь в содержание процесса.)

Методология каждого из подходов в достаточной степени проработана. Однако, как полагает автор, дальнейшему развитию направления в целом может способствовать исследование ряда описанных ниже вопросов. Исследование общей природы психологических явлений, лежащих в основе тенденций, зачатков процесса, а также и как общих закономерностей развертывания исцеляющего процесса и способствования этому развертыванию, так и их конкретных форм, может помочь не только дальнейшему развитию существующих процессуальных методов, их методологии и практики, но и созданию новых.

1. Различные процессуальные методы направлены на решение разных психотерапевтических проблем и развертывают исцеляющий процесс из тенденций, представляющих собой различные психологические механизмы. Фокусирование использует «стрем-



ление» ощущаемого смысла (felt sense) развернуться в смысл понимаемый, (что способствует как трансформации негативно переживания, так и личностному росту). Процессуальная работа развертывает сигналы от частей психики, только стремящихся стать частью нормальной самоидентичности, выраженные в телесных симптомах, снах, конфликтах и т.д. Хакоми реализует стремление произошедшего в детстве очень важного переживания наконец произойти. В Эпистемологической метафоре помогают отщепленным в момент детской шоковой травмы, заряженным энергией, фрагментам психики, «стремящимся» завершить свою работу и дать возможность интегрироваться во взрослую психику. Метод Соматического переживания способствует реализации природного механизма выхода из травматической иммобилизации и преодолению таким образом симптомов шоковой травмы. А гипнотерапевтический метод Э.Росси соединяет в трансе энергичное стремление клиента решить неразрешенную задачу с вооруженными способностями к творчеству и исцелению «верхними этажами» бессознательного, которое также устремлено на помощь. (Причем, уровень и специфика решаемой задачи в такой работе не важна, задача может быть и сиюминутной и глобальной!)

И в этом контексте становится актуальным вопрос о том, одной ли природы тенденции, да и сами разворачиваемые в разных процессуальных методах процессы? Являются ли они разными проявлениями одного и того же механизма или являются механизмами различной природы, реализующими одну функцию?

2. Если порождение исцеляющего процесса из проявлений проблемы по своей природе едино в разных методах, то в чем сущность этой природы? Этот вопрос необходимо включает в себя вопрос о том, «откуда приходят» эти тенденции, в чем они на самом деле заключены? Можно ли считать природу порождения исцеляющего процесса относящейся к необходимости решения конкретной индивидуальной проблемы? Или она относится к индивидуальным психологическим процессам в целом, например, к стремлению к целостности, отношениям сознания и бессознательного? Или природа порожде-

ния исцеляющего процесса лежит за пределами индивидуальной психики, например, в юнговском коллективном бессознательном или индуистском задании на развитие в индивидуальной жизни — «дхарме»?

3. Каковы отношения между тенденциями, да и самим исцеляющим процессом, с той проблемой, в которой они возникают, ее динамикой и тенденциями? В чем кардинальное различие патологических и исцеляющих тенденций и процессов? Является исцеляющая тенденция глубиной или аспектом проблемы? Или это есть одно и то же, а направленность на исцеление или поддержание проблемы определяется способом внутреннего обхождения с ней? И тогда проблема превращается в исцеляющий процесс посредством «добавления чего-то»?

Одним из интересных аспектов этого вопроса является вопрос о том, что во что можно считать погруженным, что здесь шире? Например, в Процессуальной работе процесс вырастает из телесного симптома, но при этом последний сам является остановленным процессом! В Фокусировании, с одной стороны, ощущаемый смысл может быть стороной, аспектом, «неясной гранью» конкретной эмоции. Но, с другой стороны, эта эмоция сама является частью и «вытекает» из той целостности, которой которую представляет собой ощущаемый смысл! Можно ли тогда считать исцеляющие тенденции только глубиной или аспектом проблемы?

4. И в контексте предыдущего пункта естественным образом встает вопрос, который правильно сформулировать отдельно: а есть ли общие для всех процессуальных методов закономерности поиска исцеляющих тенденций в поле переживания проблемы?

5. Не до конца ясен вопрос о том, почему позволяющее (безоценочное, доброжелательное) наблюдение (медитирование) за непосредственным опытом зачастую приводит к позитивной динамике процесса, его углублению, проявлению новой информации? Понятно, что позволение отпускает динамику процесса. Часто «отпущенное на свободу» негативное переживание уходит, просто исчерпав цикл «своей жизни». Также понятно, что позволяющее наблюдение само представляет собой другой способ обхожде-



ния с проблемой и с ее переживанием, чем «обычный», тот самый, который не привел к ее решению. А расширение фокуса внимания за пределы переживания проблемного опыта позволяет, с одной стороны, с большим комфортом и безопасностью отпустить динамику переживаний, с другой — дает возможность воссоединиться с дополнительным ресурсным опытом. Добавленный же к этому, переход внимания на уровень непосредственно воспринимаемых элементарных ощущений способствует обрыву «патологических цепочек» и возможности разобранной на «пазлы» целостности сложится уже в другую. Однако, как полагает автор, понимание этого вопроса может и должно быть углублено!

6. Актуален вопрос разработки классификации процессуальных тенденций по способу их проявления и связанный с этим вопрос классификации видов развертывания процессов. Например, тенденция к движению может проявляться как явный импульс, причем направленный в определенном направлении, а может — как предпочтение в направлении, наименьшее «сопротивление среды», где собственно движение привносится в процесс как бы искусственно. Процесс может развертываться из тенденций, имеющих изначально явную направленность и смысл, например, метафора огня «хочет» жечь. Иногда происходит как бы развертывание части в целое. В других случаях начальная тенденция не имеет ничего общего с конечным результатом процесса, а только содержит нечто общее со следующим «звеном» процесса, генеральная линия процесса здесь неявна. Как в одной из сессий Минделла, [7; с.149], где желание прыгать переходит в ощущение себя кроликом, затем — гориллой, а затем уже — защитником детей. Также процесс может приводить к следующему опыту, к явному ощущению того, что мне хочется сделать на следующем шаге, а может — к переживанию того, что необходимо получить от другого и тогда возникает необходимость участия другого человека в моем процессе. Процесс может быть простым непрерывным движением в потоке с чисто телесным сознанием. Но чаще — «клиенту» нужно сознать на понятийном уровне, что происходит и от этого

строить следующие шаги. (Хотя часто в этом активную роль принимает терапевт.). Таким образом, вопрос о классификации, действительно, актуален!

7. Анализируя приемы способствования проявлению и развертыванию исцеляющего процесса, применяемые в шести упомянутых выше процессуальных методах, автор ввел понятия универсального «метаприема», (то есть приема, который в различных методах может порождать конкретные приемы) [10]. Были выделены следующие метаприемы:

- вербализация, выражение в словах сущности или аспектов состояния;
- направление внимания, а значит и хода процесса «вглубь», то есть направление спонтанной динамики на более глубокое раскрытие смысла одного переживания или его подробностей; «вдоль» — на трансформацию переживания во времени, на переход одних переживаний в другие (хотя это различие довольно условно); «вширь», то есть поиск различных переживаний составляющих единое целое;
- абстрагирование от смысла и сосредоточение на самом телесном проживании состояния, чувства;
- установления правильной дистанции с переживанием и «очищения» пространства;
- задавание вопросов переживанию» и делание утверждений «с посылом в пространство тела;
- усиление и расширение сигнала;
- перемещение (в представлении) переживания из периферии тела в живот, или грудь;
- ассоциирование с мучающим состоянием, симптом или фигурой его создателя, полярностями душевной жизни;
- использование дыхания;
- создание телесных и зрительных метафор;
- отслеживание тенденций движения в теле, его частях (в частности, в руках) и позволение проявиться им в физических произвольных или полупроизвольных движениях.

(Список был расширен в ходе описания метода «Стресс-Айкидо» [10].)



Понятно что, этот список является не полным и требует дальнейшего расширения. Однако, еще более актуальна задача формирования таблицы, сопоставляющей эти метаприемы с существующими процессуальными методами, что, по мнению автора, может существенно помочь в создании новых.

8. Действия, направленные на совладание с переживанием представляются полной противоположностью приемам способствования развертыванию спонтанного процесса. Однако, иногда именно совладающие действия могут способствовать раскрытию переживаний, особенно при работе с конфликтующими тенденциями. Замечательный пример этого предоставляет техника «перенимания» в Хакоми [5]. Автор полагает, что диапазон, возможностей, сочетания действий, непосредственно способствующих развертыванию спонтанной динамики переживания и действий, направленных на совладание с переживанием, может быть расширен как в контексте работы в процессуальном методе, так и в сочетании разных, (т.е. процессуальных и «программирующих») методов в одной работе. И, таким образом, это также является актуальной задачей в развитии процессуальной методологии.

9. Поскольку в процессуальных методах тенденции исцеляющего процесса отыскиваются в проявлениях проблемы, зачастую, в самих проблемных, иногда в травматических переживаниях и тенденциях, и для развертывания исцеляющей тенденции в процесс необходимо разрешить (и, даже, стимулировать) динамику, то в процессуальных методах остро стоит проблема а) субъективного комфорта, (иногда тяжело решиться на позволяющее наблюдение за проблемным переживанием), б) реальной безопасности, (можно реально быть захваченным травматическим переживанием). Для обеспечения «субъективной» и «объективной» безопасности в такой работе разработано достаточно средств. Но многие из них зависят от грамотного сопровождения терапевта. Поэтому вопрос дальнейшей разработки средств обеспечения безопасности наиболее актуален в самостоятельной работе в процессуальных методах (в самотерапии и саморегуляции).

10. Поскольку в самостоятельной работе от субъекта часто требуется делать выбор из возможных альтернатив, выбор — «какой процесс поддержать», что, конечно, «выбирает из потока», то здесь актуальна задача разработки техник, характеризующийся большей линейностью.

Разрабатываемый автором подход «Стресс-Айкидо» [10, 11, 13], как раз во многом и соответствует решению задач обеспечения безопасности и динейности в самостоятельной работе.

11. Известно, что обучение процессуальным методам включает как наиважнейшую часть — развитие определенного душевного настроя, качеств, обеспечивающих необходимый способ отношения к клиенту и к собственным переживаниям в процессе терапии. Во многом в силу этого здесь нельзя научиться работать «на троечку». Это определяет актуальность дальнейшей разработки способов обучения работы в процессуальных методах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз 21 века — М.: Класс, — 2003. — 263 с.
2. Джендлин Ю. Фокусирование. Новый терапевтический метод работы с переживаниями. — М: Класс, 2000. — 438 с.
3. Джендлин Ю. Фокусинг. — М.: Эксмо, 2013. — 320 с.
4. Коледа С. В. За пределами НЛП. Психотехнологии на постсоветском пространстве. — М., — 2000. — 196с.
5. Курц Р. Телесно-ориентированная психотерапия. Метод Хакоми. — М.: Класс, — 2004. — 173с.
6. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра – исцеление травмы. — М.: АСТ, — 2007. — 316 с.
7. Минделл А., Минделл Э. Вскать, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике — М.: Класс, — 1999. — 224 с.
8. Минделл А. Сила безмолвия. — М.: Изво Института трансперсональной психологии, 2003. — 348 с.
9. Хайкин А. В. Процессуальные методы постэриксоновской гипнотерапии в работе с кризисными состояниями// Психология



кризиса и кризисных состояний. Материалы международного междисциплинарного симпозиума. — Ростов-на-Дону, — 2007. — С.121–125.

10. Хайкин А. В. К методологии медитативных и процессуальных практик саморегуляции // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2011. — №7. — С.16–19. URL: <http://medconfer.com/files/archive/Bulletin-of-MIC-2011-07.pdf#page16>.

11. Хайкин А. В. Несколько техник саморегуляции и психотерапии. // Достижения и потенциал психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в Южном федеральном округе Российской Федерации. Б конференции. Приложение к научно-практическому журналу «Психотерапия». — Краснодар, 2014. — С. 21–23.

12. Хайкин А. В. Процессуальные методы в единстве и многообразии. (Методологический аспект.) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. — 2015. — N 2(9). URL: http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/02_Haikin_2015_02.pdf

13. Хайкин А. В. К практикам управления состояниями. Метод саморегуляции «Стресс-Айкидо». // Психосоматика и саморегуляция. — 2015. — No 1(1). — С. 59–64. URL: <http://journal1.pro/pdf/1427113398.pdf> [дата обращения: 25.04.2015]

To main issues of process theory and methodology. Theses.

*Khaikin A.V., PhD.,
(Russia, Rostov-on-Don)*

Abstract. *Formulation of the main issues and challenges, the solution of which is necessary for the development of theory and methodology of procedural approaches. The main attention is paid to the overall nature of the psychological phenomena underlying trends, the beginnings of the process, and also of the General laws of the deployment of the healing process and facilitate that deployment.*

Keywords: *process methods, the healing process, methodology.*

ОБ АВТОРАХ



ЕСЕЛЬСОН СЕМЕН БОРИСОВИЧ — руководитель Совета Международного Института экзистенциального консультирования, главный редактор журнала «Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия», один из первых советских бизнес-тренеров, член последней советской делегации на Европейском Конгрессе по групповой психотерапии (Будапешт, 1990), первый председатель Российского общества тренинга поведения (1992), один из основателей Восточно-Европейской Ассоциации экзистенциальной терапии (Бирштонас, 2000), с 2000 по 2008 — член ее Правления), действительный Член Восточно-Европейской Ассоциации экзистенциальной терапии, действительный член Британского общества экзистенциального анализа, действительный член ОППЛ, член Оргкомитета I Всемирного Конгресса по экзистенциальной терапии (Лондон, 2015), член Международной рабочей группы по созданию Европейской Ассоциации экзистенциальной терапии, экзистенциальный консультант (стаж консультирования — 34 года), автор многочисленных терапевтических сказок.

E-mail: esb@rostel.ru



СТРЕЛЬЦОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ — старший научный сотрудник Группы изучения психологических проблем туберкулёза ФГБНУ «ЦНИИТ», кандидат психологических наук.

ТЕЛ.: 8 (499) 785-90-27; 8-919-968-16-71

E-mail: vvst-64@mail.ru



СИРЕСИНА НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА — руководитель консультационного отдела ООО «Научно-практический центр психологической реабилитации», доктор психологических наук. В период проведения исследования — старший научный сотрудник Группы изучения психологических проблем туберкулёза ФГБНУ «ЦНИИТ».

Тел.: 8 (499) 181-25-37

E-mail: siresya63@mail.ru





ЗОЛотоВА НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА — старший научный сотрудник Группы изучения психологических проблем туберкулеза ФГБНУ «ЦНИИТ», кандидат психологических наук.

Тел.: 8 (499) 785-90-27

E-mail: zolotova_n@mail.ru



АНОХИНА ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА, г. Ростов-на-Дону, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», к.м.н., врач сурдолог-оторинолагинголог.

E-mail: elena_kostenko@list.ru



ХАЙКИН АЛЕКСАНДР ВАЛЕРЬЕВИЧ, кандидат психологических наук. Автор метода саморегуляции «Стресс-Айкидо». Президент Восточно-Европейского Психосоматического Общества. Главный редактор научного сетевого журнала «Психосоматика и саморегуляция». Психотерапевт Единого Реестра профессиональных психотерапевтов Европы. Ростов-на-Дону. Область научных интересов: отношения психического и телесного в порождении и исцелении соматических болезней, разработка техник и подходов психосоматотерапии и саморегуляции, исследование методологии процессуальных подходов.

E-mail: alval_khaikin@mail.ru

Сайт: khaikin.ru.



РУДИНА ЛАРИСА МАКСИМОВНА — кандидат психологических наук, доцент, действительный член PPL (Профессиональной Психотерапевтической Лиги), эксперт-тренер Healthy Interactions, доцент Института отраслевого менеджмента Российской академии народного хозяйства и государственной службы при президенте РФ (РАНХиГС)

В научно-прикладной деятельности занимается проблематикой адаптивности человека к ситуациям, требующим перестройки жизненных стратегий.

В течение последних 15 лет разработала и ведет в РАНХиГС и Высшей школе психологии при Институте психологии РАН (ВШП ИП РАН) авторские курсы для магистерских программ и мастер-классов, посвященные коммуникативной компетентности, волевой регуляции, самоэффективности, психологии воздействия. Автор более 50 статей по проблематике управления здоровьем, коучинга, психологического консалтинга, управления персоналом, в журналах «Психотерапия», «Кадровое дело», «Юридический справочник руководителя», «Ученый Совет».

Является коуч-консультантом и мастер-тренером менеджмента ряда организаций.

С 2007г. в качестве лектора работает в программах повышения квалификации для врачей-эндокринологов и терапевтов РФ.

В настоящее время является со-исследователем Программы управления здоровьем «Жизнь легка» для пациентов с диабетом, проводимой на базе ФГУ ЭНЦ (Эндокринологического научного центра).

Награждена золотой медалью им. Н. Моисеева «За заслуги в образовании и науке».

E-mail: rudina.larisa@gmail.com

Сайт: prostopsy.pro



ТАБИДЗЕ АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ — педагог-психолог, член-корреспондент РАЕН, доктор физ.-мат. наук, профессор, директор Научного Центра «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ (Московское отделение), действительный член ОППЛ (соруководитель модальности), действительный член Московского объединения психотерапевтов и психологов, действительный член Ассоциации междисциплинарной медицины, г. Москва, Россия.

E-mail: tabidze@pochta.ru

