

ISSN 2412–9569

**Сетевой научный журнал
ПСИХОСОМАТИКА
и САМОРЕГУЛЯЦИЯ**

2 (6) 2016 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).

Решетников Михаил Михайлович, д.пс.н.,
к.м.н., профессор, (Санкт-Петербург, 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://journal.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

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

Винокур В.А.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ – ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ
И ПРАКТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ 6**

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рогачева Т. В.

**ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ
ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ 10**

РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Андреева Г. О.,

Емельянов А. Ю.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ
МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ
АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ
БОЛЕВЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ 16**



*Бабаева С. В.,
Медик Я. В.*

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО
ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (АНАЛИЗ
ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА)26**

*Белокурова М.В.,
Арапова Е.А.*

**ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ИНСАЙТ-ТЕРАПИЯ:
ПРЕИМУЩЕСТВА И ДОСТОИНСТВА МЕТОДА.....30**

Хайкин А.В.

**К СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ40**

ОБ АВТОРАХ

.....44

МЕРОПРИЯТИЯ

.....48





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.**



ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЗОРЫ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

ВИНОКУР В.А.,
(Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербургское
Балинтовское общество,
г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

В статье описывается интегративная связь психосоматической медицины и балинтовской супервизии врачей и психологов, анализируются их общие принципы, связанные с вниманием к сложным вопросам взаимодействия с пациентами и их терапией.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, супервизия, балинтовские группы, интеграция.

УДК 159.98 + 615.851

Во врачебной профессии в той или иной степени существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами. Если этого не происходит, существенно возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей профессиональной деятельности, самоидентификации врача, приводящей к снижению критичности и саморефлексии, возрастанию своеобразной

профессиональной ригидности. В мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. Коммуникативная компетентность,



по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их пациентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления врачебной деятельности. Эти навыки не улучшаются просто с возрастанием продолжительности работы, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии.

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

1. Специфика работы определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом его труда.
2. Эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия с пациентами в процессе работы.
3. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия готовых программ и алгоритмов работы.

Существует очень тесная интеграция психосоматической медицины и международного балинтовского движения, определяемая их общей идеей внимания к сложным психологическим аспектам взаимодействия с пациентами и проводимой им терапии. М. Balint [2] писал по этому поводу: «Врач должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что им часто вряд ли удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого».

Один из основателей и лидеров международного балинтовского движения профессор Boris Luban-Plozza (1923-2002), автор широко известной в мире Асконской модели ведения балинтовских групп (Ascona — небольшой городок в Швейцарии, где он жил), одновременно был широко известен в мире своими фундаментальными работами по психосоматической медицине. Его книга «Психосоматический пациент на приеме у врача» многократно издавалась на всех ведущих европейских языках (на русском вышло несколько переизданий этой книги). Представление В. Luban-Plozza о том, что глубокое психологическое понимание, проникающее вплоть до сути эмоциональных проблем пациента, должно в такой же степени принадлежать к вооружению врача, как медикаменты или медицинская техника, успешно объединяет психосоматический подход и балинтовскую группу [1].

Принципиально аналогичную точку зрения высказывали еще ранее E. Weiss и O. English [3] о том, что психосоматика — это подход в медицине, который не только не умаляет значение телесного, но и уделяет существенно больше внимания душевному, а также — V. Weizsaecker [4] о том, что «...медицина должна быть глубинно-психологической, иначе она не будет медицинской». Это также активно сближает идеи интегративной (психосоматической) медицины и философию работы балинтовских групп, поскольку в обоих случаях мы сталкиваемся с миром множества открытых вопросов о сложном характере взаимодействия врача и пациента и глубоко скрытых ответов на эти вопросы. Формула, предложенная в названии книги М. Балинта «Врач, пациент и его страдание» и связывающая психосоматическую компетентность врачей с эффектом их супервизии в балинтовских группах, оказалась настолько продуктивной, что до сих пор стимулирует многих исследователей и практических врачей на ее развитие в разных аспектах. В качестве иллюстрации можно привести многочисленные работы британского врача общей практики Sotiris Zalidis, в частности его книгу «A General Practitioner, His Patients and Their Feelings: Exploring the Emotions Behind Physical Symptoms» («Врач общей практики, его пациенты и их



переживания»): исследуя эмоции, скрытые за физическими симптомами) в которой много внимания уделяется психосоматическим и соматоформным расстройствам в общей врачебной практике с акцентом на анализ взаимодействия «врач-пациент» [5]. Своевременная и правильная диагностика психосоматических расстройств в общемедицинской практике становится сегодня решающим условием успешной медицинской помощи и в значительной мере важнейшим условием этого становится качество коммуникации врач-пациент, которая и является фокусом работы балинтовской группы.

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

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

Балинтовские группы эффективно обеспечивают ее участникам, врачам и психологам, возможность (среду, пространство)

для более глубокого и осознанного анализа своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания врачами своих пациентов и самих себя в процессе сложного взаимодействия с ними, что можно отнести к ключевым проблемам психосоматической медицины. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе такой супервизии. Помощь в балинтовской группе происходит от того, что супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из врачей или психологов и в каждом случае их взаимодействия с этими сложными пациентами. Группа повышает у специалистов профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым способствуя предупреждению профессионального выгорания. Балинтовские группы являются хорошим средством устранения у них чувства профессионального «одиночества» и успешной формой развития социальной поддержки для врачей и психологов, оптимизма, нового для них позитивного мышления и нового уровня компетентности, что также позволяет этим профессионалам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности, часто наблюдаемых в терапии психосоматических расстройств и заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любана-Плоцц Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – С. Птб.: НИПИ им. М. Бехтерева, 1994. – 245 с.
2. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness. – London, 1957.
3. Weiss E., English O. Psychosomatic medicine. – Philadelphia, 1943.
4. Weizsaecker V. Begegnungen und Entscheidungen. – Heidelberg, 1949.
5. Zalidis S. A General Practitioner, His Patients and Their Feelings: Exploring the Emotions Behind Physical Symptoms. – London, 2001



**Psychosomatic Medicine and Balint
Groups - integration of principles
and practical reciprocity**

Vinokur V., M.D.

*(North-Western state medical
University n. a. I. I. Mechnikov
St. Petersburg Balint Society
Saint-Petersburg, Russia)*

*supervision in physicians and psychologists
are described. Their common principles related
to the attention to the complexed issues of
physician-patient communication and the
therapy are analysed.*

Key words: *Psychosomatic medicine,
supervision, balint groups, integration.*

Summary: *The integrative relationships
between psychosomatic medicine and balint*

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ

РОГАЧЕВА Т. В.,
(АНО «Уральский центр комплексной
реабилитации», г. Екатеринбург, Россия)

Аннотация

Целью данной статьи выступает анализ вклада семьи в формирование и развитие заболевания, считающегося психосоматическим – ювенильного ревматоидного артрита. Указывается на частоту данной нозологии и опасность инвалидизации. Раскрываются основные психоаналитические подходы к данной нозологии. В статье показано, что чаще психологические концепции рассматривают взрослую болеющую личность, не проясняя этиологических факторов. Новым выступает обращение автора к семье ребенка с ревматоидным артритом. На материалах психодиагностического исследования показано влияние семьи на формирование данного заболевания. Сделаны выводы о том, что большинство семей с позиции ребенка, страдающего РА, не являются интегративными, что проявляется для ребенка в конфликтности, неполноценности, враждебности своей семьи. Родители чаще неадекватны в оценке индивидуально-личностных особенностей своих детей. Дети в данных семьях ощущают себя эмоционально зажатыми, пассивными, послушными с депрессивными тенденциями. У большинства детей в таких семьях формируются проблемы с контактами, связанные со страхом открыто выразить свои агрессивные тенденции.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, актуальные потребности детей с ЮА, специфический ответ на неблагополучие в семье.

УДК 159.9.07

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным отечественной ревматологии, ювенильный ревматоидный артрит (ЮА) — артрит неустановленной причины, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет

при исключении другой патологии суставов. Это одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Заболеваемость ЮА составляет от 2 до 16 на 100 тыс. детского населения в возрасте до 16 лет.



Распространенность ЮА в разных странах колеблется от 0,05 до 0,6 %. На территории Российской Федерации распространенность ЮА у детей до 18 лет достигает 62,3, первичная заболеваемость — 16,2 на 100 тыс., в том числе у подростков, соответственно, 116,4 и 28,3, у детей до 14 лет — 45,8 и 12,6. Чаще артритом (ЮА) болеют девочки. Смертность — в пределах 0,5–1 % [6, 16].

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Психологические аспекты ЮА медиков и психологов интересовали уже в начале XX века. Так, уже представители классического психоанализа (Ф. Александер) включили ревматоидный артрит в так называемую «священную семерку» психосоматических расстройств. Основной проблемой в то время были психологические особенности таких больных и возможность психогенеза, которые активно изучались в рамках психоанализа. Так, Ф. Донбар первой попыталась описать специфическую «ревматоидную личность». По данным автора, такой личности свойственны самоограничительные тенденции, конформизм, консерватизм, конкретность, ригидность мышления, отсутствие фантазии, потребность в занятиях физического характера [7]. Ф. Александер считал, что конфликты с детства закрепляются на подсознательном уровне и в более позднем возрасте могут вызывать одно или другое заболевание в зависимости от характера этих конфликтов. Таким образом, Ф. Александер предложил теорию специфичности, суть которой в том, что определенные конфликты вызывают специфические заболевания. Так, ЮА прямо связан с «эмоциональным влиянием на мускульное выражение чувств, которое при этом исключительно сильно контролируется» [1, с. 561].

Следует отметить, что и в начале XXI века не существует однозначного решения этиопатогенеза ЮА. Практически во всех дальнейших исследованиях указывается, что связь психологических факторов с проявлениями болезни намного сложнее. Экспериментальные исследования данной нозологии указывают на ее психосоматическую природу, ориентируясь не на генетические, а на системно-теоретические связи. Иссле-

дователи описывают так называемый «порочный круг», суть которого в следующем. Наблюдаются нарастающие самоограничения в жизненных отношениях, в собственном «Я», в теле и коммуникативной сфере, в том числе и социальном поведении. Подчеркивается роль первичной детской моторики, торможение которой на сегодня рассматривается не более чем защитное. Сказанное можно отнести и к двигательным агрессивным импульсам, которые, начиная с раннего детства, описывают как проблемную сферу. Многие авторы указывают, что нельзя также игнорировать обусловленное болезнью развитие личности при выраженной ее хронизации и медленной прогрессивности, угрожающую инвалидизацию и ухудшающееся взаимопонимание, а также вытекающие из этого изоляцию и ограничение интересов узкой областью обыденных жизненных потребностей.

Современные представления о личности человека, болеющего ЮА, включают следующие характеристики [2, с. 311-314]:

1. Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких как злоба или ярость.
2. Пассивно-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения.
3. Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, профессиональные занятия танцами и пр.).

Данные особенности характера представляются при ЮА как нечто застывшее и преувеличенное: они ригидны и не приспособлены к требованиям среды. С психодинамических позиций это характерологически-невротическая переработка конфликта в сфере агрессивности и честолюбия.

Kiviniemi [9] считает, что хотя психосоциальные и психологические факторы не являются прямыми причинами ЮА, возможно,



что они включены в сложное взаимодействие с еще до конца не выясненными соматическими факторами в патогенезе этого заболевания. Результаты тестирования 100 больных девушек, проведенных автором, показали, что они отличаются от здоровых содержанием эмоциональных реакций и способом реагирования в эмоциогенных ситуациях. В ответах пациенток было меньше агрессивных реакций, сами ответы были менее эмоциональными, они проявляли большую скованности во внутренней эмоциональной жизни, по словам исследователя, этим женщинам свойственна своеобразная статичная тревожность.

Другие исследователи, в частности, Gleveland, Reitman, Brewer [10] проводили исследование 30 детей в возрасте от 6,5 до 16 лет с помощью Теста Роршаха, рисунка человека, теста Векслера и не нашли особенностей, характерных для «ревматоидной личности». Neponch исследовал 88 детей, больных ЮА и установил, что 28,4% этих детей живут в неполных семьях вследствие развода, отъезда или смерти одного из родителей (в контрольной группе здоровых детей такие семьи составляли только 10,6%). Половина этих событий (развод, смерть или отъезд одного из родителей) случилось незадолго до болезни [8]. Взаимоотношения в семье больных ЮА исследовались и другими авторами. Практически все признают, что возникновению ЮА могут способствовать условия жизни, приводящие к постоянным стрессам, психологическим травмам, постоянной тревоге.

Возникает вопрос: каков вклад семьи в формирование и развитие этой нозологии?

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования психологических особенностей детей и подростков, страдающих РА, были продиагностированы пациенты ГДКБ №11 г.Екатеринбурга, находящиеся на учете в Городском кардиоревматологическом центре. В выборку вошло 56 человек в возрасте от 4 до 17 лет. По полу испытуемые распределились примерно 1:2 (мужчины-женщины). В качестве психодиагностических методик были выбраны: кинетический рисунок семьи, Тест Т. Лири, психоаналитическая методика Л. Сонди.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты кинетического рисунка семьи выявили у большинства пациентов неблагоприятную семейную ситуацию. Типичными защитными реакциями, принятыми формой трансформации задания, были: отказ от рисования (9 человек), рисование людей, не связанных с семьей (6 человек), отказ от изображения людей вообще (2 человека), рисование домашних животных при отсутствии кого-то из членов семьи (8 человек), откладывание рисования во времени (30 человек), начало рисования с различных неодушевленных объектов (11 человек).

Считается, что ребенок, переживающий эмоциональное благополучие в семье, будет рисовать полную семью. Отношение детей к членам семьи и к семье отражается в характере расположения членов семьи в рисунке. Только 2 мальчика и 1 девочка изобразили совместную деятельность всех членов семьи, в рисунках остальных выражена изолированность членов семьи друг от друга, которая в большинстве случаев отражена с помощью разделительных линий, большим расстоянием членов семьи друг от друга, занятостью членов семьи каждого своим делом. Ребенок изображает себя отдельно от других членов семьи. В 23% случаев (24% - мальчики, 21,6% - девочки) ребенок, страдающий ЮА, изобразил себя изолированным от других членов семьи. Большинство пациентов с ЮА «пропустили» кого-то из членов семьи (мальчики – в 94,4 %, девочки в – 96,5 %), что трактуется как конфликтность в семье. При беседе обычно пациенты поясняли данную ситуацию следующим образом: «Он (она) ушла в магазин»; «Он (она) редко бывает дома»; «Он (она) на работе» и пр. В 10,8 % случаев рисующий не изобразил себя, что может быть диагностировано, как неосознаваемое отрицание своего членства в данной семье, отсутствие у ребенка чувства общности. Кроме того, практически во всех рисунках изображены определенные вещи (телевизор, компьютер, машины, бытовая техника, кухонные принадлежности и пр.), которыми занимаются члены семьи, причем каждый сам по себе.

Информативным представляется и увеличение состава семьи. В нашем исследовании установлено, что дети с ЮА чаще всего



рисуют животных, которых в действительности нет в семье. Как правило, это связано с неудовлетворенными аффилиативными потребностями в семье суть которых в необходимости эмоционально-теплых отношениях в семье, дружбе и любви, стремлении взаимодействовать с членами семьи, принимать поддержку и помощь от семьи. В некоторых случаях на рисунках присутствуют другие взрослые люди, не связанные с семьей. Данный факт указывает на неосознаваемое восприятие ребенком неинтегативности семьи, на поиск человека, способного удовлетворить потребность ребенка в близких эмоциональных контактах.

У многих на рисунке присутствуют либо линия основания, либо линия над рисунком, что трактуется как чувство неудовлетворенности, отверженности ребенка в семье, переживание им чувства подавленности, дефицит любви и фрустрированность потребности в безопасности.

Исследование позволило выделить способы, при помощи которых дети выражают свое отношение к членам семьи. Эмоциональное отношение ребенка к значимым людям представлено факторами «сила-слабость», «любимость-нелюбимость» и имеет четкую графическую представленность посредством семантически насыщенных средств выразительного языка рисунка. Так, фактор «сила-слабость» проявляется через изменение соотношения высоты, ширины и площади фигуры, а также посредством рисования поднятых рук, изображения объектов в руках. В рисунках пациентов была выявлена особенность, заключающаяся в том, что большинство пациентов рисуют мелкие фигуры, в том числе и свою, с выражено-слабыми руками и отсутствием либо слабыми ногами. У некоторых в рисунках выявлена прорисовка суставов либо выделение, в том числе цветом, кистей рук. У двух детей в рисунках изображены фигуры с поднятыми руками, в которых находится бутылка со спиртным, что может трактоваться как наличие в семье враждебности со стороны «сильных» с точки зрения ребенка людей.

Факторный анализ показателя «любимый-нелюбимый» выделил два типа графической презентации. Первый тип связан с тщательной прорисовкой «любимой» фигуры,

проявляющейся в рисовании цветными карандашами, большом количестве декора в одежде, перерисовкой (стиранием и попытками улучшить фигуру), украшательством. В нашем исследовании почти половина испытуемых предпочла простой карандаш, а 57% (82 % мальчиков, 32% девочек) не прорисовали никаких деталей декора как в своей, так и в фигурах членов семьи, что сигнализирует о ситуации эмоциональной холодности, отсутствии «любимых» в половине семей испытуемых. Стоит обратить внимание и на другой факт, заключающийся в том, что в рисунках практически отсутствуют группировки с родителями. Так, были выявлены: один рисунок, где все члены семьи занимаются уборкой урожая, один рисунок, где мальчик находится в одной машине с отцом, один рисунок, где девочка сидит рядом с мамой.

Расположение членов семьи на рисунках указывает на особенности взаимоотношений в семье. В 18 % случаев у мальчиков и в 19 % случаев у девочек кто-то из членов семьи стоит спиной к автору рисунка, что трактуется как наличие внутрисемейного конфликта рисовавшего с данным членом семьи. Чаще всего это одна из родительских фигур. Кроме того, каждый пятый мальчик и каждая четвертая девочка пользовались стирательной резинкой для перерисовки каких-то фигур на рисунке. Как указывают А. А. Бодаев и В. В. Столин: «Стирание нарисованного, перерисованного может быть связано как с негативными эмоциями по отношению к так рисуемому члену семьи, так и с позитивными. Решающее значение имеет конечный результат рисования. Если стирание и перерисовывание не привели к заметно лучшей графической презентации – можно судить о конфликтном отношении ребенка к этому человеку» [3, с. 113].

При анализе особенностей презентации членов семьи особое внимание уделяется рисованию отдельных частей тела. Дело в том, что отдельные части тела связаны с определенными сферами активности, являются средством общения, контроля, передвижения и пр. Как установлено в нашем исследовании, чаще всего пропускались части головы. Голова – центр локализации



«Я», интеллектуальной и перцептивной деятельности, а лицо – самая важная часть тела в процессе общения. 36% мальчиков и почти каждая вторая девочка в рисунках не прорисовали уши, что диагностируется как стремление ребенка не принимать никакой критики в свой адрес, нежелание «слышать» те разговоры, которые происходят в семье. Соответственно отсутствие глаз на лице фигуры трактуется как отказ «видеть» происходящее в семье. Отсутствие прорисовки волос только у мальчиков соотносится с символикой волос, трактуемых как признак мужественности, храбрости, силы, зрелости.

Руки являются основными средствами воздействия на мир, в том числе и физического контроля поведения других людей. Отсутствие рук у 11% мальчиков говорит о подавлении активных агрессивных тенденций по отношению к членам семьи. Отсутствие рук на женской фигуре (в большинстве рисунков данных пациентов) говорит о том, что материнский образ воспринимается как нелюбящий, отвергающий. Интересна прорисовка рук в рисунках детей, страдающих ЮА. В большинстве случаев руки рисуются как длинные и слабые, что сигнализирует о потребности в опеке со стороны семьи. Отсутствие пальцев на руках у 27% мальчиков и 35% девочек говорит о бессилии рисовавших.

Результаты методики Т. Лири позволяют отследить, каковы представления детей о себе и родителей о своих детях. Обращает на себя внимание продиагностированный факт, что в зоне межличностных отношений, где преобладают неконформные тенденции и склонности к конфликтным проявлениям (типы с 1 по 8), родители ошибаются в оценке своих детей чаще. Так, часть родителей отказывает своим детям, во-первых, в независимом типе взаимодействия с другими людьми, во-вторых, в прямолинейном типе, в то же время, рассматривая их как недоверчивых. Учитывая самооценочный способ диагностики типов межличностных отношений, стоит рассматривать данные различия как скорее желания обеих сторон, нежели реальность.

Данное предположение подтверждается результатами, полученными с помощью методики Л. Сонди. По данным корреляционного анализа, проведенного Л. Н. Собчик, «...2

тип оказался положительно связан с фактором d + и отрицательно с фактором k +, выявляя характерный для стеничной, доминантной личности тип межличностного отношения, проявляющийся на уровне социальной активности в виде лидерских тенденций, а по индивидуально-типологическим особенностям соответствующий гипертимному типу личности» [4, с. 214]. В нашем исследовании установлено, что d + является актуальной потребностью лишь у каждого десятого. Фактор d - актуализирован у 67%, что трактуется как тенденция к постоянству, отказ от социальных контактов. Фактор k + выявлен только у 9% испытуемых, тогда как k – зафиксирован у 57%. Фактор k – трактуется как тенденция к вытеснению, обесцениванию себя, неспособностью принимать себя – реального, разрушительными тенденциями идентификации с родителями. Полученные результаты не позволяют предполагать наличие гипертимного типа характера у данных пациентов.

Третья модель поведения, независимый, характеризуется сочетанием таких особенностей, как черты самодовольства, эгоцентричность, завышенный уровень притязаний, выраженное чувство соперничества, низкая подчиняемость. Причем родители в половине случаев отказывают ребенку в наличии такой модели поведения, не отмечая таких проявлений личности их ребенка.

Дети в 17% считают себя прямолинейными, что должно проявляться в упорстве в достижении цели, практицизме, убежденности в собственной правоте, в легко загорающемся чувстве враждебности при противодействии и критике в свой адрес, повышенной обидчивости, легко угасающей в условиях комфорта, не ущемляющего престиж личности. Небольшой процент прямо оценивает себя как агрессивных, что указывает на скрытые тенденции к враждебности и самостоятельности. Корреляционный анализ с показателями методики Л. Сонди выявил тесную связь между данными типами взаимодействия и факторами p – и e – . В нашем исследовании было выявлено лишь 10% пациентов, имеющих показатель p – и 25% с показателем e-, тогда как пациентов, имеющих актуальные потребности данных факторов с противоположными знаками соответственно 43% (e +), что трактуется

как сверхсовестливость, страх нарушить определенные социальные правила, нормы, доброта, и 43% (р+), характеризующиеся тягой к расширению своих .

Родители неадекватно оценивают своего ребенка и по 7 типу взаимодействия. Они хотели бы видеть своего ребенка более зависимым от оценки окружающих, стремлением к сотрудничеству, низко-агрессивными (13 тип – сотрудничающий, выбрали 23% родителей).

ВЫВОДЫ

Можно предположить, что агрессивные тенденции формируются у пациентов с ЮА как специфический ответ на неблагополучие в семье, т.е. выступают как защитные реакции от эмоциональной холодности в семье, отсутствия любви и принятия, неспособности родителей понять потребности и желания такого ребенка. Наиболее частым способом психологической защиты у таких пациентов является ретрофлексия (удерживание в себе того, что предназначено окружающей среде), причем не только отрицательных эмоций (страха, злости), но и положительных (любви, принятия, дружбы, готовности помочь).

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф., Шелтон С. Человек и его душа. – М.: Прогресс, 1995. – 608 с.
2. Бройтхам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина.-М: Ботар Медицина, 1999.- 376 с.
3. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. СПб.: Речь, 2000. – 440 с.
4. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики Введение в психологию индивидуальности. – М.: Ин-т прикладной психологии, 2000. – 512с.
5. Сонди Л. Учебник по экспериментальной диагностике побуждений.- Кишинев, 1995. – 364с.
6. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров// Под ред. А.А. Баранова, Е.И. Алексеевой. М.: ПедиатрЪ, 2013. – 120 с.

7. Danbar F. Psychosomatic Diagnosis. N.Y., 1943. – 232 p.

8. Henoch M.J. Psychosocial Factors in Juvenile RA. – Arthr. Rheum. – 1978. – v.21. – p.229-233

9. Kiviniemi P. Emotions and Personality in Rheumatoid Arthritis. – Heinola, 1977. – 205 p.

10. Gleveland S.E., Reitman E., Brewer E.J. Psychological Problems in Juvenile rheumatoid arthritis. – J. Arthr. Rheum. -1965. – v. 8. – p.1152-1158

The family influence on the etiopathogenesis of juvenile arthritis

Rogacheva T. V., Ph.D.
(ANO "the Ural center
of complex rehabilitation",
Ekaterinburg, Russia)

Summary. This article presents the analysis of the contribution of the family in the formation and development of diseases. Rheumatoid arthritis is considered psychosomatic disease. There are evidence Indicates the frequency of this disease and the risk of disability. Describes the main psychoanalytic approaches to the nosology. The article shows that most of the psychological concepts considered ill adult person, not clarifying etiological factors. Novelty is the author's appeal to the child's family with rheumatoid arthritis. On materials of psychodiagnostic research shows the influence of the family on the formation of this disease. It is concluded that most of the families from the position of a child suffering from RA, are not integrative, which is manifested for a child of conflict, inferiority, hostility of his family. Parents often inadequate in the evaluation of individual personality features of their children. The children in these families feel themselves to be emotionally uptight, passive, obedient with depressive tendencies. Most of the children in such families have problems with the contacts associated with the fear to openly express their aggressive tendencies.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis relevant to the needs of children with SA-specific response to distress in family.



РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ

АНДРЕЕВА Г. О.,
ЕМЕЛЬЯНОВ А. Ю.,
(Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация

Радикулопатии в сочетании с невротическими расстройствами, постоянно присутствующими у значительной части населения, приводят к формированию хронического болевого синдрома. Хронический болевой синдром при любом происхождении почти всегда связан с различной степенью астенических и аффективных расстройств. Нами было установлено, что выраженность и динамика болевого синдрома тесно связаны с показателями тревожных нарушений и не имеют корреляции с электронейромиографическими показателями. Включение иглотерапии и психотерапии в комплексное лечение радикулопатий различного генеза способствует не только более быстрому купированию болевого синдрома, но и ведет к уменьшению астенических и аффективных расстройств, что значительно повышает эффективность терапии и сокращает сроки лечения.



Ключевые слова: радикулопатии, хронический болевой синдром, астения, тревога, депрессия, лечение, иглотерапия, психотерапия.

УДК 616.833.2:615.851

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая боль – ведущая причина нетрудоспособности в экономически развитых странах, ею страдают от 15 до 40% людей в популяции [9, 22]. Неврологическая патология является одной из ведущих причин хронического болевого синдрома. 60-80% всех случаев заболеваний периферической нервной системы (от 5 до 15% в общей структуре заболеваемости) приходится на спондилогенные радикулопатии [11]. Каждый третий пациент с хронической болью описывает ее как «нестерпимую», что в значительной мере определяет оперативную активность по поводу вертеброгенных болевых синдромов [12, 15], составляющую в европейских странах от 20 до 70 операций на 100 000 населения в год [26]. Рецидивы боли в спине после хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, по данным разных авторов встречаются у 5- 50% оперированных больных [10, 16, 24]. Длительный болевой синдром приводит к астенизации и невротизации больных, в 21 – 50% случаев сопровождается различными аффективными расстройствами [2, 18, 20, 26].

Лечение хронических радикулопатий, приводящих к значительному уровню трудопотерь, длительным срокам стационарного лечения и частой инвалидизации [7, 13, 11], продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано и проведено лечение 214 больных с радикулопатиями, из них 147 (68,7%) мужчин, 67 (31,3%) женщин, средний возраст составил $42,4 \pm 10,1$ лет. У 158 (73,8%) больных корешковый синдром был пояснично-крестцовой локализации, у 56 (26,2%) больных – шейной локализации. Фактором, провоцирующим последнее обострение болевого синдрома у 149 (69,6%) больных являлся подъем

тяжестей или неадекватная нагрузка на позвоночник, у 51 (23,8%) больного – переохлаждение, у 9 (4,2%) больных – сочетание этих факторов, у 5 (2,3%) больных причину выявить не удалось. 22 (10,28%) больным были проведены операции дискэтомии либо микродискэтомии, при этом болевой синдром у них сохранялся после хирургического лечения.

Клиническая картина была представлена чувствительными, двигательными и вегетативно-трофическими расстройствами.

Все пациенты жаловались на практически ежедневные боли в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника. Длительность болевого синдрома составляла от 3 месяцев до 7 лет. Боль чаще всего была тупого, ноющего, стягивающего характера, усиливалась после длительной статической нагрузки или нахождения в неудобном положении, при резких движениях характеризовалась «прострелами» в руку или ногу по типу ударов током, становилась жгучей и мучительной. Неловкие движения во время сна приводили к пробуждению пациентов из-за болей, поиску анталгической позы, что в конечном итоге приводило к нарушению сна и астенизации больных. 116 (54,2%) больных жаловались на онемение, покалывание в области, соответствующей зоне пораженного корешка, 87 (40,7%) больных отмечали слабость руки или ноги, неловкость при движениях, быструю утомляемость пораженной конечности при повседневной нагрузке.

При неврологическом осмотре нарушения поверхностной чувствительности были выявлены у всех больных в зоне иннервации соответствующих дерматомов. Эти расстройства в большинстве случаев были представлены гипестезией – у 123 (57,5%) больных, парестезии в зоне иннервации соответствующего дерматома были выявлены у 116 (54,2%) больных, нарушение болевой чувствительности по типу гиперестезии отмечалось у 57 (26,6%) больных, аллодиния – у 43 (20,1%) больных. Степень выраженности болевого синдрома оценивалась по визуальной ана-



логовой шкале боли (ВАШ) [27], Показатели уровня боли колебались от 31 до 81 мм, в среднем составляли 54 ± 13 мм. В большинстве случаев были расценены как болевой синдром средней интенсивности – от 30 до 60 мм по ВАШ – у 122 (57%) больных, однако, у 92 (43%) больных интенсивность боли была высокой – от 61 до 81 мм, и в большинстве случаев носила нейропатический характер. Нейропатическая боль была отмечена у 83 (38,8%) больных, средний балл по опроснику DN 4 [23] составил $4,5 \pm 0,7$. Такие пациенты чаще других жаловались на ухудшение настроения, раздражительность, повышенную утомляемость, упадок сил.

Двигательные нарушения у 89 (41,6%) больных были представлены вялым парезом, выпадением или снижением сухожильно-мышечных рефлексов, снижением мышечной силы.

Вегетативно-трофические расстройства были выявлены у 46 (21,5%) больных. Клинически они проявлялись изменением цвета кожи в виде «мраморности» или «синюшности» в зоне иннервации пораженного корешка на пальцах, стопах или кистях, гипотермии пострадавшей конечности, преимущественно в зоне дерматома. В ряде случаев, наряду с понижением температуры, были отмечены явления гипергидроза или сухости – у 39 (18,2%) больных.

При нейровизуализационном исследовании у всех пациентов были отмечены признаки дегенеративных изменений позвоночника (склерозирование замыкательных пластинок, задние остеофиты тел позвонков, снижение высоты межпозвонковых пространств, обызвествление задней продольной связки), выпрямление физиологического лордоза; у 81 (37,9%) выявлялись протрузии и грыжи межпозвонковых дисков от 2 до 15 мм, у 22 (10,3%) больных – МР картина фиброзно-атрофических изменений паравертебральных тканей после хирургического лечения.

Электронейромиографическое исследование было проведено 149 (69,6%) больным, во всех случаях были выявлены изменения, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс чувствительных и двигательных волокон.

До поступления в клинику нервных болезней больным проводилось лечение по об-

щепринятым схемам, включающим назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), антиконвульсантов, сосудистых препаратов, спазмолитиков, витаминов группы В. Но такая терапия не всегда оказывалась достаточно эффективной. У больных с неудовлетворительными результатами лечения развивались симптомы дезадаптации, проявляющиеся снижением физических возможностей, развитием психопатологических реакций в виде снижения мотивации, повышенной тревожности, раздражительности, элементов беспомощности. При наличии преморбидных личностных особенностей в виде ипохондрических, тревожных, депрессивных черт, психопатологические нарушения развивались быстрее, приводя к формированию патологического болевого поведения, развитию аффективных расстройств. Психопатологические нарушения могут приводить к усилению боли, что значительно ухудшает течение заболевания и перспективы выздоровления. Но врачи первичной сети, куда обращаются такие пациенты, недостаточно ориентированы на оценку эмоционального состояния больных, считая критерием успеха лечения устранение физических симптомов.

В нашем исследовании особое внимание мы уделяли изучению психоэмоциональной сферы. При беседе с пациентами более, чем у половины больных отмечались снижение настроения, угнетенность, склонность к повышенным опасениям в плане прогноза заболевания, тревожность, раздражительность. При детальном опросе выявлялись жалобы на повышенную утомляемость, физическую слабость, трудности концентрации внимания, нарушения сна, отсутствие удовольствия от общения с друзьями. Все пациенты прошли психофизиологическое обследование с применением опросников Спилбергера-Ханина [17], Монтгомери-Асберга (MADRS) [29], субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) [30].

В результате проведенного тестирования нами были выявлены три варианта ведущих психопатологических нарушений: астенические, тревожные и депрессивные расстройства. Нарушения астенического характера отмечались у 156 (72,9%) больных, устойчивые изменения тревожного спектра – 146 (68,2%)

больных, депрессивные нарушения были распознаны у 47 (22%) больных.

Всем больным проводили комплексную медикаментозную терапию с использованием анальгетиков, нестероидных противовоспалительных, дегидратационных, сосудистых препаратов, витаминов группы В, антиоксидантов, направленную на устранение неврологических симптомов. Особое внимание уделяли подбору препаратов из групп анксиолитиков, антидепрессантов, противоастенических средств с целью коррекции выявленных психопатологических расстройств. Не смотря на очевидные достоинства, медикаментозная терапия эмоциональных расстройств имеет ряд существенных недостатков: частые побочные эффекты, дороговизна при длительной курсовой терапии, недостаточный терапевтический эффект у ряда больных. Эти обстоятельства побудили нас к поиску немедикаментозных методов лечения нарушений аффективной сферы. Мы считаем необходимым включение в комплексную терапию таких больных иглотерапии и психотерапии.

Традиционная китайская медицина использует холистический подход к здоровью, рассматривая человеческий организм как единую целостность духа, души и тела [3, 4, 5, 14, 25, 28] и применяя воздействие с помощью иглотерапии, прижигания или траволечения с целью гармонизации всех составляющих.

Современные исследователи, определяя возможности применения иглотерапии, выделяют периферический, сегментарный и супрасегментарный уровни ответной реакции на акупунктурное воздействие: повышается порог возбудимости болевых рецепторов, угнетается проведение ноцицептивных импульсов по афферентным путям, повышается активность центральной противоболевой системы, изменяется субъективная оценка болевых ощущений [1, 3, 8, 14, 19, 21, 28]. Иглорефлексотерапия оказывает влияние на основные звенья патогенеза хронического болевого синдрома, применяется на всех стадиях лечения, хорошо сочетается с другими методами терапии.

Задачи иглотерапии включали: купирование болевого синдрома, нормализацию нервно-мышечной проводимости, улучше-

ние микроциркуляции и трофики конечностей, стимуляцию мышечных сокращений, нормализацию психо-эмоционального статуса. Кроме общепринятого подхода с применением локально-сегментарного метода и точек общего действия, в лечении корешковых болей широко использовали точки каналов мочевого пузыря, почек, желчного пузыря, печени для лечения пояснично-крестцовых радикулопатий, и точки каналов перикарда, легких, сердца, тонкого кишечника, тройного обогревателя, толстого кишечника для лечения шейно-грудных радикулопатий. При хроническом, упорном течении заболевания воздействовали на точки чудесных сосудов: ян-вэй-май для лечения шейно-грудных радикулопатий, ян-цзяо-май – пояснично-крестцовых радикулопатий [3].

Нами были разработаны специальные методики иглотерапии, направленные на лечение астенических, тревожных и депрессивных расстройств. По данным литературы с целью коррекции психоэмоциональных нарушений применяется воздействие на точки GI 4 (Хэ-гу), E 36 (Цзу-сань-ли), IG 3 (Хоу-си), C 3 (Шао-хай), C 7 (Шэнь-мэнь), V 62 (Шэнь-май), MC 6 (Нэй-гуань), RP 6 (Сань-инь-цзяо), являющиеся точками общего действия [14, 19]. Нами применялся дифференцированный подход иглотерапии в зависимости от клинического варианта расстройств аффективной сферы, точки общего действия включались в рецепт как вспомогательные. В лечении тревожных нарушений применяли воздействие на точки каналов легких, селезенки-поджелудочной железы; при преобладании в клинической картине депрессивных нарушений применяли воздействие на точки канала почек, сердца, при астеническом синдроме воздействовали стимулирующим методом на точки каналов селезенки-поджелудочной железы, сердца, перикарда, почек, шу-точки спины, в зависимости от варианта и преобладающих клинических симптомов. С целью коррекции астено-депрессивных расстройств воздействовали на точки: канала почек (R 22 – R 27), болезненные при пальпации нейтральным методом, и точки общего действия V 15 (синь-шу), MC 6 (нэй-гуань), VG 4 (мин-мэнь), V 23 (шэнь-шу), E 36 (цзу-сань-ли) стимулирующим методом в течение 3-5



минут. Схемы лечения подбирали индивидуально, в зависимости от выраженности чувствительных и двигательных нарушений, характера расстройств психоэмоциональной сферы. Курс иглотерапии состоял из 10-12 процедур. Методики, направленные на лечение тревожных, депрессивных и астенических расстройств, применяли с 3-4-й процедуры, 2-4 раза за курс лечения. На фоне проводимого курса иглотерапии не требовалось повышение дозировки антидепрессантов, анксиолитиков и спектр их побочных действий оставался минимальным.

При проведении психотерапии конкретному пациенту использовались наиболее конструктивные механизмы совладания: активное побуждение пациента к сотрудничеству в диагностическом и лечебном процессе, анализ болезни и ее возможных последствий, разумная степень игнорирования болезни и определенное дистанцирование в отношении проявлений заболевания, развитие у пациента положительной мотивации к лечению, активный поиск поддержки в терапевтической и социальной среде, обучение терпеливости, сохранению самообладания, вариантам эмоциональной разрядки. Развитие и поддержание у пациента вышеуказанных механизмов совладания способствовали замене незрелых или неадекватных защитных реакций на более адаптивные способы психологической компенсации. Конструктивное изменение отношения пациента к соматическому заболеванию способствовало, в частности, симптоматическому снижению тревоги, укреплению чувства «Я», повышению самооценки.

Психотерапевтические мероприятия осуществлялись в три этапа [6]: 1) седативно-адаптирующий, 2) лечебно-корректирующий и 3) поддерживающе-профилактический.

Основными задачами седативно-адаптирующего этапа являлись установление эмоционального контакта с больным, формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии. Этот этап состоял из 1-2 индивидуальных и 1-2 групповых занятий. Основными методами, направленными на потенцирование общетерапевтических воздействий, являлись рациональная психотерапия и косвенные воздействия (беседы с родственниками и близкими больного

с целью убеждения оказания эмоциональной поддержки пациента, создания для него комфортных бытовых условий).

Второй (лечебно-корректирующий) этап состоял из 2 индивидуальных и 4-6 групповых занятий. Основными задачами являлись: осознание пациентами связи эмоциональных расстройств с соматическим заболеванием и особенностями их личности; коррекция масштаба переживания болезни и ее социальной значимости; формирование у больного положительной терапевтической перспективы и достижение положительной динамики его эмоционального состояния. Основными методами на этом этапе были коллективно-групповая, рациональная, когнитивно-поведенческая психотерапия и методы психической саморегуляции.

Задачами третьего (поддерживающе-профилактического) этапа психотерапии являлось закрепление навыков саморегуляции, адекватного, терапевтически благоприятного отношения к болезни и профилактика развития в дальнейшем невротоподобных расстройств. С этой целью проводилось 1-2 индивидуальных и 2 групповых занятия.

Группу сравнения составили 32 больных с радикулопатиями. Выборка была репрезентативной по полу, возрасту, длительности и интенсивности болевого синдрома, наличию и выраженности астенических и эмоциональных расстройств. Все больные данной группы получали общепринятую патогенетическую медикаментозную терапию в сочетании с физиотерапией, массажем, ЛФК.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В результате лечения отмечалась выраженная положительная динамика в виде уменьшения или полного купирования болевого синдрома, улучшения неврологического статуса и психофизиологического состояния больных группы исследования. Хорошие результаты лечения отмечали у 80 (37,4%) больных, удовлетворительные – у 118 (55,1%), без значительной динамики – у 16 (7,5%). В группе сравнения хорошие результаты лечения были отмечены только у 6 (16,7%) больных, удовлетворительные – у 18 (50%), без достоверной динамики – у 12 (33,3%) больных.

До лечения болевой синдром был сред-

ней и высокой степени выраженности и варьировал по ВАШ от 31 до 81 мм (в среднем 54 ± 13 мм в группе исследования, 54 ± 11 мм в группе сравнения). Больные группы исследования отмечали улучшение состояния и уменьшение интенсивности болевого синдрома через 10 – 14 дней от начала лечения. При обследовании через 4 недели от начала лечения было отмечено улучшение показателей боли в этой группе, которые в среднем составили 23 ± 16 мм, и достоверно ($p < 0,01$) отличались от предыдущего этапа обследования и от средних показателей группы сравнения ($p < 0,05$). Через 8 недель позитивная динамика продолжилась, средние значения показателей боли составили 14 ± 15 мм, и достоверно ($p < 0,01$) отличались от начального этапа исследования и от средних показателей группы сравнения ($p < 0,05$). В группе сравнения также наблюдалась положительная динамика в отношении болевого синдрома, средние показатели по ВАШ через 4 недели составили 42 ± 11 мм, однако, достоверное изменение показателей боли было отмечено только через 8 недель от начала лечения (34 ± 11 мм) (таблица 1). Была отмечена также положительная динамика в отношении нейропатического характера болей, в группе исследования достоверное улучшение ($p < 0,05$) этих показателей отме-

чалось на всех этапах обследования через 4 и через 8 недель от начала лечения, в группе сравнения достоверной разницы обнаружено не было. Редукция нейропатических болей через 8 недель была отмечена у 57,8% пациентов группы исследования и у 35,7% больных группы сравнения. Положительная динамика чувствительных нарушений в виде уменьшения зоны гиперестезии наблюдалась у 91 (74%) пациента группы исследования и у 16 (44,4%) группы сравнения, уменьшения гиперестезии – у 47 (82,5%) пациентов группы исследования и у 19 (52,7%) группы сравнения. Выраженная положительная динамика в двигательной сфере отмечалась через 4 недели как в группе исследования, так и в группе сравнения, но достоверное увеличение мышечной силы ($p < 0,05$) было отмечено только в группе исследования через 8 недель терапии. Уменьшение степени пареза отмечалось у 39 (43,8%) больных группы исследования и у 11 (30,6%) группы сравнения. Уменьшение степени вегетативно-трофических нарушений в виде изменения цвета кожи, уменьшения явлений гипотермии кожи, нарушений потоотделения отмечалось у 38 больных группы исследования и у 4 больных группы сравнения.

Таблица 1

Динамика боли и психофизиологических показателей у больных с радикулопатиями

Параметры / временной интервал	до лечения		через 4 недели от начала лечения		через 8 недель от начала лечения	
	группа исследования	группа сравнения	группа исследования	группа сравнения	группа исследования	группа сравнения
Уровень боли по ВАШ (мм)	54 ± 13	54 ± 11	$23 \pm 16^*$	$42 \pm 11^{\wedge}$	$14 \pm 15^{\#}$	$34 \pm 11^{\#}$
Нейропатическая боль по DN4 (баллы)	$4,5 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,5$	$3,3 \pm 0,4^*$	$4,2 \pm 0,7$	$2,7 \pm 1,3^{\#}$	$3,6 \pm 0,9$
Степень пареза (баллы)	$3,7 \pm 0,4$	$3,8 \pm 0,8$	$4,1 \pm 0,6$	$3,9 \pm 0,9$	$4,8 \pm 0,3^{\#}$	$4,2 \pm 0,8$
Симптом Ласега (градусы)	$37,1 \pm 6,5$	$38,3 \pm 8,3$	$61,2 \pm 2,3^*$	$52,6 \pm 6,2^{\wedge}$	$83,3 \pm 6,4^*$	$69,6 \pm 5,7^{\# \wedge}$
Уровень реактивной тревоги (баллы)	$38,5 \pm 2,1$	$39,6 \pm 2,1$	$34,1 \pm 1,6^*$	$38,1 \pm 1,9^{\wedge}$	$30,1 \pm 1,8^*$	$34,3 \pm 2,1^{\wedge}$



Продолжение таблицы 1

Параметры / временной интервал	до лечения		через 4 недели от начала лечения		через 8 недель от начала лечения	
	группа исследования	группа сравнения	группа исследования	группа сравнения	группа исследования	группа сравнения
Уровень личностной тревожности (баллы)	39,9±1,9	40,8±1,9	35,6±1,7*	38,8±1,4^	32,1±1,9*	36,5±2,4^
Показатели депрессии по шкале MADRS (баллы)	20,7±3,0	21,1±2,2	16,4±1,5*	19,5±1,5^	13±1,7*	17,9±1,6^
Показатели астении по шкале MFI-20 (баллы)	15,2±1,0	15,1±1,2	12,1±1,2*	14,5±1,1^	10,7±1,6#	13,6±1,2#^

Примечание: * – различия по сравнению с показателями предыдущего этапа обследования достоверны ($p < 0,01$); # – различия по сравнению с показателями до лечения достоверны ($p < 0,05$), ^ – различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Положительная клиническая динамика была подтверждена достоверным ($p < 0,05$) улучшением электрофизиологических показателей (таблица 2).

Таблица 2

Динамика показателей результатов ЭНМГ исследования больных с хроническими пояснично-крестцовыми радикулопатиями

ЭНМГ-показатель	до лечения		через 8 недель лечения	
	группа исследования (n = 148)	группа сравнения (n = 32)	группа исследования (n = 84)	группа сравнения (n = 32)
N. plantaris medialis чувствительные волокна СПИ, м/с	29,5±3,5	30,3±3,2	42,5±3,1*	37,5±3,4*
N. plantaris lateralis чувствительные волокна СПИ, м/с	32,7±3,2	33,2±2,8	41,2±4,1*	39, ±53,3*
N. peroneus superficialis чувствительные волокна СПИ, м/с	36,8±3,6	37,6±4,4	49,7±2,9 *	45,1±3,0*

Примечание: * - различия между показателями до лечения и после лечения достоверны ($p < 0,05$).

Анализ динамики скорости проведения импульса по чувствительным волокнам медиального и латерального подошвенных нервов, поверхностного нерва стопы показал достоверное улучшение ($p < 0,05$) средних значений этого показателя в обеих анализируемых группах. Корреляционной связи между динамикой болевого синдрома и показателями невралной проводимости по чувствительным волокнам обнаружено не было.

В результате лечения отмечались изменения психофизиологического статуса больных (таблица 1).

При анализе показателей астенических проявлений было выявлено, что достоверное улучшение в группе исследования отмечалось уже через 4 недели терапии ($p < 0,01$), через 8 недель астенические нарушения были купированы в большинстве случаев. В группе сравнения показатели астении значимо ($p < 0,05$) изменились только через 8 недель терапии и нормальных величин не достигли. Достоверные различия средних показателей между группами ($p < 0,05$) были отмечены на этапах обследования через 4 и через 8 недель терапии.

В группе исследования динамика тревожных нарушений была более выраженной, по отношению к группе сравнения. Нормализация показателей реактивной тревоги (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) была отмечена у 65% больных группы исследования и у 13% больных группы сравнения, уменьшение РТ и ЛТ отмечалось у 28,8% больных группы исследования и у 17,4% больных группы сравнения, у 6,1% больных группы исследования и у 69,6% больных группы сравнения уровень тревожности достоверно не изменился. Достоверное улучшение ($p < 0,01$) показателей РТ и ЛТ было отмечено в группе исследования через 4 и через 8 недель терапии, в группе сравнения отмечалась положительная динамика, но статистически значимой разницы обнаружено не было. Между группами разница средних показателей тревожных нарушений была достоверной ($p < 0,05$) на этапах обследования через 4 и через 8 недель от начала лечения.

Депрессивные расстройства в группе исследования были купированы у 31,9% больных, у 61,7% больных они стали менее выражен-

ными, у 6,4% больных степень выраженности депрессивных нарушений осталась прежней. В группе сравнения уменьшение выраженности депрессивных расстройств отмечалось у 62,5% больных, отсутствие динамики – у 37,5% больных. Средние показатели выраженности депрессии по MADRS в группе исследования до начала лечения составляли $20,7 \pm 3$ баллов, через месяц от начала проводимого лечения – $16,4 \pm 1,5$ баллов, через 2 месяца – $13 \pm 1,7$ балла ($p < 0,01$), в группе сравнения эти показатели составляли соответственно: $21,1 \pm 2,2$; $19,5 \pm 1,5$; $17,9 \pm 1,6$ баллов. Была отмечена достоверная ($p < 0,05$) разница средних показателей депрессии между группой исследования и группой сравнения при обследовании через 4 и через 8 недель лечения.

Анализ полученных данных показал, что субъективная оценка характера и выраженности болевого синдрома не имеет прямой зависимости от степени неврологического дефицита. По результатам лечения не было выявлено корреляционной связи между динамикой болевого синдрома и данными электронейромиографических показателей. Вместе с тем, в ходе исследования была выявлена тесная корреляционная связь между выраженностью болевого синдрома и уровнем реактивной тревоги ($r = 0,39$, $p < 0,001$) и личностной тревожности ($r = 0,40$, $p < 0,001$), а также между нейропатическим компонентом боли и уровнем реактивной тревоги ($r = 0,30$, $p < 0,01$) и личностной тревожности ($r = 0,32$, $p < 0,01$). Данные факты являлись значимыми для решения вопроса о подборе патогенетической медикаментозной терапии в сочетании с психотерапевтической коррекцией и с ИРТ. Динамика показателей РТ и ЛТ в процессе терапии подтвердила значение выявленной нами связи болевого синдрома с аффективными нарушениями и эффективность целенаправленного комплексного лечения этих расстройств в структуре болевого синдрома. Достоверное отличие указанных параметров ($p < 0,05$) между группой исследования и группой сравнения в процессе терапии показало преимущества целенаправленной медикаментозной терапии аффективных и астенических расстройств в сочетании с ИРТ и психотерапевтической



коррекцией в лечении хронических болей у больных с хроническими радикулопатиями, что имеет несомненный социально-экономический эффект.

ВЫВОДЫ

Психотерапевтическая направленность при составлении схем иглотерапии, включение психотерапии в комплекс терапевтических воздействий, наряду с лекарственной и физиотерапевтической коррекцией показывает лучшие результаты, нежели эти лечебные методы, применяемые отдельно, а по результатам исследования подтверждается тезис о наибольшей лечебной полезности именно психотерапевтического воздействия в комплексе методов курации больных с астеническими и аффективными проявлениями вообще и при хронических радикулопатиях, в частности.

На основании приведенных результатов исследования можно заключить, что включение рефлексотерапии и психотерапии в комплексное лечение способствует повышению эффективности патогенетической терапии, редукции болевого синдрома, уменьшению выраженности клинико-неврологических и психопатологических симптомов у больных с хроническими радикулопатиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агасаров Л. Г., Корниенко В. В., Петров А. В.* и соавт. Восстановительное лечение при дорсопатиях. – М.: Арнебия. – 2008. – 176с.
2. *Амелин А. В., Тарасова С. В., Игнатов Ю. Д.* и соавт. Применение антидепрессантов с различным механизмом действия при хронической ежедневной головной боли // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – № 9. – С. 38-44.
3. *Андреева Г. О., Емельянов А. Ю., Евдокимов В. И.* Хронический болевой синдром при заболеваниях периферической нервной системы (клиника, психопатологические нарушения, лечение, прогноз) : монография. – СПб.: Политехника сервис, 2014. – 96с.
4. *Белинская Е. В.* Системный подход к психосоматическим заболеваниям // Психосоматика и саморегуляция. – 2015. – № 1(1). – С. 31-36.
5. *Василенко А. М.* Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия. – 2004. – № 1(08). – С. 7-19.
6. *Васильева А. Ю., Абрамов В. А., Доценко М. Б.* Особенности терапевтической тактики при соматогенных депрессиях в условиях амбулаторной общесоматической практики // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 155-159.
7. *Гайдар Б. В., Шулев Ю. А., Руденко В. В.* и соавт. Реабилитация раненых и больных нейрохирургического профиля // Медицинская реабилитация раненых и больных // Под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб: «Специальная литература», 1997. – С. 490 – 518.
8. *Иваничев Г. А.* Сенсорное и рефлекторное взаимодействие в механизмах акупунктуры. – Казань: Матбугат йорты, 1999. – 144 с.
9. *Крыжановский Г. Н.* Важное событие в отечественной медицине // Боль. – 2003. – № 1(1). – С. 4-5.
10. *Кузнецов И. В., Черненко О. А.* Послеоперационные люмбоишиалгии и люмбалгии // Вертеброневрология. – 2006. – № 3-4(13). – С. 117-118.
11. *Одинак М. М., Живолупов С.А.* Заболевания и травмы периферической нервной системы (обобщение клинического и экспериментального опыта): руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит. – 2009. – 367 с.
12. *Парфенов В. А.* Боли в спине в общемедицинской практике // Рус. мед. журн. – 2009. – № 4. – С. 267-271.
13. *Помников В. Г., Росков Р. В., Андриевская А. О.* МСЭ и реабилитация инвалидов при последствиях осложненных травм позвоночника и повреждений периферических нервов // Уч-метод. пос., СПб. – 2007. – 86с.
14. *Табеева Д. М.* Практическое руководство по иглорефлексотерапии: Учебн. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 440с.
15. *Толиков К. В., Мануковский В. А., Литвиненко И. В.* и соавт. Минимально инвазивные методы лечения болевого и корешкового синдромов, вызванных дегене-

ративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2013. – № 1(41). – С. 69-75.

16. *Тринитатский Ю. В., Острова К. А.* Причины рецидива болевого синдрома после оперативного лечения на поясничных межпозвоночных дисках // X Всерос. съезд неврологов с междунар. участием: материалы съезда. – Н. Новгород: Б. и., 2012. – С. 412.

17. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. – Л.: ЛНИИ ФК, 1976. – 18 с.

18. *Шамрей В. К., Марченко А. А., Абри- талин Е. Ю.* и соавт. Патоморфоз невротических расстройств у военнослужащих // Мед. акад. журн. – 2010. – Т. 331, № 1. – С. 29-34.

19. *Шапкин В. И.* Рефлексотерапия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 640с.

20. *Яхно Н. Н., Кукушкин М. Л., Подчу- фарова Е. В.* О дисфункциональном механизме хронической боли // Боль. – 2012. – № 1 (34). – С. 24-25.

21. *Berger P.* Acupuncture in a western medical context // Journal of pain the South African. – 2008. – Vol. 3, № 1. – P. 9-13.

22. *Breivik H., Collett B., Ventafridda V.* et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment // Eur. J. Pain. – 2006. – Vol. 10, № 4. – P. 287-333.

23. *Bouhassira D., Attal N., Alchaar H.* et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnosis questionnaire (DN4) // Pain. – 2005. – Vol. 114, № 1-2. – P. 29-36.

24. *Chan C. W., Peng P.* Failed back surgery syndrome // Pain Med. – 2011. – Vol. 12, № 4. – P. 577-606.

25. *Cho Z. H., Wong E. K., Fallon J. H.* Neuro-Acupuncture // Volume 1: Neuroscience Basics Q-puncture. – Inc. Los Angeles CA, 2001. – P. 68-75.

26. *Gureje O., Simon G.E., Von Korff M.* A cross-national study of the course of persistent

pain in primary health care // Pain. – 2001. – Vol. 92, № 1-2. – P. 195-200.

27. *Masur H., Papke K., Althoff S.* et al. Visual analogue scale (VAS) // Scales and scores in neurology. Quantification of neurological deficits in research and practice. – Thieme Stuttgart : New York, 2004. – P. 94.

28. *Napadow V., Kettner N., Liu J.* et al. Hypothalamus and amygdala response to acupuncture stimuli in carpal tunnel syndrome // Pain. – 2007. – Vol. 130, № 3. – P. 254-266.

29. *Montgomery S. A., Asberg M.* A new depression scale designed to be sensitive to change // Br. J. Psychiatry. – 1979. Vol. 134. P. 382-389.

30. *Smets E. M., Garssen B.* et al. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue // J. Psychosom. Res. – 1995. – Vol. 39. P. 315-325.

Complex therapy chronic radiculopathy, accompanied emotional disorders, with application of nonmedicamentous methods of treatment

*Andreeva G.O., M.D.,
Emelianov A.U., M.D.
(Military Medical Academy,
St.-Petersburg, Russia)*

Summary. *Radiculopathy in a combination with emotional disorders, which are constantly present at a significant part of the population, lead to a chronic painful syndrome. The chronic painful syndrome at any origin is almost connected with a various degree of asthenic and affective disorders. In the article established, that expressiveness and dynamics of a painful syndrome are significantly connected with anxiety parameters and have no correlation with neurophysiology parameters. Inclusion acupuncture and psychotherapy in complex treatment lead reduce not only a painful syndrome, but also asthenic and emotional disorders, that considerably raises efficiency of therapy.*

Keywords: *radiculopathy, a chronic painful syndrome, astheny, anxiety, depression, treatment, acupuncture, psychotherapy.*



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (АНАЛИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА)

БАБАЕВА С. В.,
МЕДИК Я. В.,
(ФБГУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России,
Москва, Россия)

Аннотация.

В статье анализируются проблемы практической работы клинических психологов в условиях стационара при обслуживании пациентов в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: *медико-экономические стандарты ОМС, психосоматика, саморегуляция, групповая психокоррекция.*

УДК 616-08:159.98 + 615.851

Здравоохранение РФ переживает сегодня значительные изменения. Постепенно приходит понимание взаимосвязи психического и соматического состояний человека. Следствием этого является включение в лечебный процесс для пациентов в системе ОМС медицинских психологов и психотерапевтов, как в режиме разовых консультаций, так и в других форматах психотерапевтической помощи (групповая работа, интернет – консультирование). Особенно это коснулось пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1]. К ним относятся гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, инфаркт миокарда, кардиомиопатии, хроническая сердечная недостаточность. В ряде случаев пациентам таких нозологий рекомендуется как консультация

медицинского психолога, так и психотерапевтическая помощь [2].

Однако реальные условия работы стационаров не предусматривают наличие специализированных помещений и оборудования для проведения таких мероприятий. Кроме того, уменьшились сроки оказания медицинской помощи в клиниках и пребывания в стационаре (от 3 до 14 суток), поэтому отсутствует возможность дифференциации пациентов по возрасту и группе заболеваний для групповой работы. Приходится учитывать, что в состав группы одновременно могут входить пациенты от 18 и до 80 лет, с различной коморбидностью и тяжестью заболевания, что сильно влияет на мотивированность каждого участника в отдельности и всей груп-



пы в целом. В связи с этим от клинических психологов и психотерапевтов требуется определённая гибкость в подборе конкретных форм и методов осуществления психологической помощи пациентам [7].

Большой проблемой остаётся ригидность медицинского сообщества в отношении эффективности психологической помощи для их пациентов и малая осведомлённость в области психосоматической саморегуляции. В отличие от современных европейских и американских клиник, где активно продвигаются психосоматические подходы, российские врачи мало уделяют внимания психологической составляющей, работая только с соматическими симптомами проявления заболевания, что снижает эффективность лечения и негативно влияет на сроки выздоровления пациентов. Такое отношение врачей сводится на практике к формальному подходу к сотрудничеству с психологами и психотерапевтами. Доктора часто склонны пренебрежительно относиться к организационным требованиям психологов по проведению их занятий, часто нарушают сеттинг, а также демотивируют пациентов, демонстрируя поверхностное представление о сути происходящего на занятиях. Это является прямым результатом недостаточности соответствующих знаний в области психологии и психосоматики. Для преодоления этих консервативных установок необходимо активное взаимодействие психологов и психотерапевтов с врачами при поддержке руководства лечебных учреждений [3].

Примером такой поддержки может явиться позиция руководства Центра профилактической медицины (ГНИЦПМ) в особенности его директора проф. Бойцова С. А. и главного врача Мазыгулы Е. П., которые нашли возможность организовать такую деятельность клинических психологов и психотерапевтов в стенах своего центра. Первые группы начали работать в кардиологическом стационаре центра в 2013 году в тестовом режиме. Их посетило 83 человека, имеющих сердечно-сосудистые заболевания и нуждающиеся в реабилитации перед выпиской из стационара. С мая 2014 года по октябрь 2016 года включительно занятия проводятся на постоянной основе. За

указанный период 582 пациента получили психокоррекционную помощь по программе ОМС.

Поскольку пациенты проводят в клинике от 2 до 14 дней, и лечебно-диагностический процесс проходит очень интенсивно, то невозможно организовать длительную психокоррекционную работу. Нам удалось создать систему мероприятий, включающую диагностику, коррекцию состояний и обучение психологической саморегуляции для всех пациентов, направляемых врачами на консультацию.

Объём предъявляемых задач и узкие временные рамки поставили нас перед необходимостью создать свой собственный формат, где работу группы организуют сразу два человека, поочерёдно играя роль ведущего и наблюдателя, что позволяет эффективно реагировать на изменения групповой динамики, добиваясь активного участия всех членов группы и улучшения их состояния.

Направленные врачами пациенты объединяются нами в рабочую группу для проведения занятия. Численность такой группы составляет от 5 до 15 человек. Периодичность работы группы раз в неделю и продолжительность занятия – два часа. Фактически пациент может посетить группу один, максимум два раза за период пребывания в стационаре. Целью такого занятия, согласно требованиям системы ОМС, является составление заключения на основании экспресс-диагностики психоэмоционального состояния больного на момент занятия и выработки рекомендаций по его улучшению.

Диагностика производится в начале занятия на основании анализа анамнеза больного (по истории болезни) и его актуальных жалоб (указанных им в анкете), теста САН и наблюдения за пациентом в процессе занятия.

Коррекция состояния больного производится посредством косвенной суггестии в процессе обсуждения причин, приведших к заболеванию и путей выхода из него. В ходе беседы выявляется взаимосвязь психологического состояния и соматических нарушений на примере феномена стресса и его последствий для человека [5]. Задачей суггестии является уменьшение тревожности



больного по поводу состояния своего здоровья, перенос фокуса внимания участника группы на внутренние психологические процессы и осознание им возможности регулировать их, а также внушается уверенность в позитивном, благоприятном исходе лечения.[7] Далее проводится обучение приёмам саморегуляции: акупунктурным воздействиям на активные точки, арттерапевтическим способам управления стрессом, гармонизации состояний методами кинесиологии («гимнастика мозга») и дыхательных упражнений [6, 8, 9].

Перед окончанием занятия проводится повторное тестирование САН. Сравнивая с результатами первичного тестирования, мы делаем выводы об эффективности проведенной работы.

Так, если в начале занятия у пациентов показатели самочувствия в среднем составили 3,5 балла, то по окончании средний балл вырос до 5,4. Аналогично выросли показатели активности (с 4,0 до 5,5 баллов) и показатели настроения (с 4,5 до 6,5 баллов). Данные охватывают весь период проведения занятий с мая 2014 г. по октябрь 2016 г. и свидетельствуют о высоком уровне психологической составляющей в сердечно-сосудистых заболеваниях наших пациентов, что признается в кардиологическом мировом сообществе [4].

В конце занятия обязательно предполагается получение обратной связи от пациентов. Возможность задать вопросы и обменяться мнениями даёт участникам ряд позитивных ощущений, улучшает настроение и усиливает веру в себя.

Также важно получение обратной связи от врачей, направивших к нам пациентов. Их отзывы, полученные в процессе неформального обсуждения состояния больных, свидетельствуют о повышении комплаентности и снижении тревожности у пациентов, а также повышении активности и уменьшении предъявляемых жалоб на соматическое состояние.

Очевидные положительные результаты стимулируют врачей нашего центра к сотрудничеству с психологами, повышают их интерес к психосоматическим проявлениям сердечно-сосудистых заболеваний. Результатом является рост прямых обра-

щений врачей за консультацией к клиническим психологам по вопросам коммуникаций с больными и их родственниками. Такое изменение взглядов докторов на психосоматику позволяет надеяться на углубление и развитие психосоматического направления в медицине, и улучшение взаимопонимания между врачами и психологами.

Нами с удовлетворением отмечается применение полученной на занятиях информации по саморегуляции пациентами после выписки из стационара, о чем они сообщают на контрольном амбулаторном приеме лечащему врачу. Это подтверждает необходимость обучения населения приёмам и методам саморегуляции в психоэмоциональных стрессовых состояниях и способам повышения стрессоустойчивости для профилактики широкого круга заболеваний.

Полученный опыт может быть распространён на другие лечебные учреждения по всей территории России не только в стационарных условиях, но и в рамках мероприятий по профилактическому консультированию населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информационное письмо Минздравсоцразвития России №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г. URL <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7019-informatsionnoe-pismo-minzdravsotsrazvitiya-rossii-14-3-10-2-11668-ot-24-noyabrya-2011-g> (Дата обращения 01.10.2016 г.)
2. МЭС Минздрава РФ URL: <http://difmed.ru/mes/ix-bolezni-sistemy-krovoobrashcheniya>
3. *Бабаева С.В., Медик Я.В.* Психологическая помощь при соматических заболеваниях: взгляд из настоящего в будущее. // Психотерапия. 2011. №11(107). С.13-19.
4. *Болезни сердца и сосудов. Руководство.* Под ред. А.Дж. Кэмм, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса. Перевод с англ. / Под ред. Е.В. Шляхто. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011 – 2480 с. – С.2161 – 2177



5. Гринберг Дж. Управление стрессом. 7-е изд. — СПб.: Питер, 2002. — 496 с.

6. Деннисон Пол Е., Деннисон Гейл Е. Гимнастика мозга. — СПб.: ИГ Весь, 2015. — 320 с.

7. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. — Москва: Издательство Института Психотерапии, 2008. — 304 с.

8. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. — СПб.: Питер, 2002. — 368 с.

9. Сандомирский М. Е. Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ). — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 336 с.

Actual problems of the clinical psychologist in the system of mandatory health insurance (analysis of practical experience in a hospital environment)

*Babaeva S. V.,
Medik Y. V.,
(National Research Center
for Preventive Medicine of the Ministry
of Healthcare of the Russian Federation,
Moscow, Russia)*

Summary. *The article analyzes the problems of practical work of clinical psychologists in hospital settings in the treatment of patients in the mandatory health insurance system.*

Keywords. *medical economic standards, mandatory health insurance system, psychosomatics, self-regulation, psychological correction in groups.*

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ИНСАЙТ-ТЕРАПИЯ: ПРЕИМУЩЕСТВА И ДОСТОИНСТВА МЕТОДА

БЕЛОКУРОВА М.В.,
АРАПОВА Е.А.,
(КТК «Хай-Хьюман Текнолоджиз»,
Москва, Россия)

Аннотация

Статья посвящена методическим особенностям и преимуществам метода «Телесный инсайт». Подробно описан терапевтический процесс, при котором происходит восстановление субъектности клиента и возрастает психо-эмоциональная и телесная устойчивость. Также освещается работа с психологическими защитами в сессии телесно-ориентированной инсайт-терапии.

Описываются необходимые в данном виде терапевтического взаимодействия принципы партнёрства и конативности и даются определения основных терминов. Отдельно отмечается конгруэнтность и системность метода, наличие чёткого телесного маркера результата, а также перечисляются показания и ограничения метода.

Ключевые слова: телесный инсайт, бессознательный образ тела, витальные установки, телесно-ориентированная терапия, аналитическая психология, психологические механизмы защиты, «детское решение», субъектность, Самость, Я.

УДК 159.99

Первая и самая основная задача метода «Телесный инсайт» [2] – это восстановление субъектности. Субъектность можно описать как твёрдое, уверенное, прожитое телесно знание о том, какой я – Настоящий, кто я в самом ядре своей личности и каким я на самом деле могу быть в различных жизненных ситуациях. Это также можно назвать «возвращением» человеку достоверного ощущения его индивидуального, неповторимого «Я».

Именно те конфликты и травмы, которые затрагивают Я (Self) [8] ребёнка оказываются «записанными» в теле наиболее глубоко. Речь идёт о ситуациях, в которых ребёнку особенно важно быть самим собой, в которых он пытается проявить свою истинную

природу, но у него это не получается по двум причинам:

1. ребёнок маленький и у него не хватает инструментария, навыков, сил и психической зрелости;
2. давление родителей, которым важно воспитать для общества адекватного (то есть, понимающего и соблюдающего социальные нормы) человека.

Конфликт между Я ребёнка и требованиями родителей не обязательно травматичен по своей сути, и в наиболее мягком его выражении описывается как «Я хочу [сделать это] иначе [по-другому, по-своему]».

Твёрдое ощущение субъектности даёт человеку возможность ответить на те вопросы и разрешить те внутренние сомнения,



которые могут мучить его годами. В первую очередь, это пласт экзистенциальных вопросов под условным названием «Кто я такой?» («Какой я Настоящий?»)

Если в детстве ребёнку старательно затыкали рот, игнорируя его чувства, если детское «Я» было в семье «последней буквой алфавита» и его желания и проявления отрицались («Не выдумывай, ты не можешь этого чувствовать (хотеть, знать, быть таким, etc.!)»), субъектность может быть сильно нарушена, вплоть до неуверенности в своём существовании вообще [9]. Что в моей личности принадлежит мне (где я - это я?), а что является наносным (не моим)?

Таким же образом возникают все сомнения в своих чувствах, реакциях, их адекватности, форме их выражения [9]. Как правило, те ситуации, в которых мы выражаем себя не так, как желанно, оставляют у нас неприятные ощущение в теле. Мы можем потом много раз возвращаться к ним, мучительно переживая собственную несостоятельность, чувствуя, что хотели вести себя по-другому, что нужно было сделать не так.

Здесь необходимо сказать, что такие переживания можно рассматривать в качестве диагностического критерия и прямого показания к использованию телесного инсайта. Иными словами, это ощущение, что внутри я представляю собой нечто большее, чем то, что я «выдаю наружу», и эта разница заставляет меня испытывать дискомфорт.

Следующий спектр вопросов, решающийся с помощью обретения субъектности — это всё, что касается желаний и устремлений. Ведь часто клиенты обращаются с запросом «Я сам не знаю, что хочу». Без контакта с собственным Я крайне сложно определить: моё ли это желание? В чём оно заключается? Надо ли это мне или кому-то другому (родителям, обществу, значимому для меня человеку)? Здесь же «покоятся» наши цели и мотивация (и феномен прокрастинации в том числе). Только уверенная субъектность даёт человеку самую лучшую, настоящую мотивацию «Я делаю это для себя самого. Потому, что мне это надо». Любое сопротивление (нормативное для клиентов) прорабатывается и угасает тогда, когда есть уверенность в личной, глубинной потребности

сделать что-либо. Опора на себя самого позволяет пройти даже труднейший путь.

Третий аспект субъектности — это смыслообразующие вопросы бытия личности. «В чём смысл моей жизни?» Именно субъектность в виде не просто интеллектуального знания, а телесного, прожитого в реальности опыта даёт понимание того, «в чём смысл меня». Опираясь на это глубинное внутреннее ощущение, человек становится способен выбирать путь — и то, как именно он будет идти по нему, в полном согласии со своим телом, душой и духом. Поиск ответов во внешнем мире заменяется с помощью инсайт-терапии на поиск в мире своей души, в контакте с Самостью [18], которая способна чётко указать нам наш личный, неповторимый смысл нас самих в этой жизни.

УСТОЙЧИВОСТЬ И ГРАНИЦЫ

Возрастание общей психической устойчивости — это следующее базовое преимущество метода. Устойчивость можно охарактеризовать как способность справляться с тем, что раньше казалось невыносимым и невозможным. Те стрессовые ситуации, которые раньше служили триггерами (trigger) [19] для возобновления травматических переживаний перестают быть таковыми. Состояние личной устойчивости — это базирующееся на субъектности внутреннее знание, что я смогу выстоять, не разрушившись, и справлюсь с проблемой в любых обстоятельствах. В некотором смысле, это обретение уверенности в собственной очень надёжной целостности.

Очевидно, что при наличии подобной уверенности отпадает невротическая потребность избегать определённых ситуаций из-за страха не справиться с ними, и как следствие, у клиента появляется больше возможностей действовать. Впоследствии возросшая устойчивость позволяет выстроить более адекватные, здоровые и надёжные границы собственной личности, ощущаемые на телесном уровне.

Помимо восстановления субъектности, возрастанию устойчивости в телесном инсайте способствует обнаружение и возвращение человеку (клиенту) его собственных скрытых ресурсов, которые до этого «обслуживали» травматический опыт. Когда «хранившаяся в



теле» годами травма (или конфликт) прорабатывается до её глубины, то есть, изменяются телесная, эмоциональная, рациональная и волевая её составляющие, у личности больше не остаётся причин тратить силы на возвращение к сходным травматическим ситуациям в поисках исцеления. Метафорически выражаясь, «когда боль уходит, больше не нужно тратить деньги на обезболивающие».

Ещё один важный эффект от устойчивости личных границ заключается в том, что человек перестаёт ввязываться в то, что ему на самом деле не нужно. Например, я больше не беру на себя обязательств выполнить то, что не собираюсь или не хочу выполнять. Отныне я умею говорить «нет», и говорить его вовремя, опираясь на внутреннее ощущение своей самой базовой мотивации: «Я хочу жить своей жизнью, хочу, чтобы то, что я делаю, было моим безо всяких сомнений.» И это именно взрослое решение, которое гармонично встраивается в окружающую реальность.

РАБОТА С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАЩИТАМИ

При любой глубокой психологической работе так или иначе затрагиваются уже сформировавшиеся у клиента механизмы защиты [12]. В «Телесном инсайте» эта работа заключается в том, чтобы сделать их более осознанными и наглядными для клиента, ведь, как правило, наработанные годами защиты являются не до конца понятными и «прозрачными».

В стрессовой ситуации это приводит к тому, что защиты начинают в каком-то смысле действовать «за» человека, автоматически выдавая порой неуместные и не слишком желательные реакции, которые крайне сложно остановить. В результате человек сталкивается с недоумением по поводу своего поведения, а иногда и с плохими последствиями в виде внезапной ссоры, разрушенных отношений, пошатнувшейся репутации и так далее. Если подобное повторяется регулярно, то у личности нарастает тревога и ощущение потери контроля над собой и собственной жизнью.

В стандартном алгоритме инсайт-сессии рассматриваются три основные защи-

ты: вытеснение, рационализация и регрессия [12].

Вытеснение обозначается тем, что мы просто умеем делать, и делаем часто не замечая, насколько это умение согласуется или не согласуется с нашим намерением в данный момент (примеры из практики: сжаться и промолчать, когда на тебя орут; сделать вид, что ничего такого не происходит, когда к тебе пристаёт пьяница; привычно засмеять конфликтную ситуацию; сжав зубы, идти вперёд под тяжестью непомерной нагрузки).

Рационализация — это также привычный нам способ действий, которому мы научились за жизнь. Как правило, когда эта защита озвучена, клиент узнаёт в ней свой поведенческий паттерн, который ему хотелось бы изменить (примеры из практики: отстранённо взирать на опустившихся до насмешек надо мной людей; быть послушным и скрупулёзно выполнять свои обязанности; уметь пригосподиться людям; присоединиться к тому, кто ругает кого-то другого; согласиться со справедливостью вымышленного обвинения).

Под **регрессией** в концепции метода понимается уход в фантазии, часто приятные, о том, как нам бы хотелось, какими бы мы могли быть. На этой стадии часто можно найти ресурс, находящийся под запретом, и полностью или частично снять существующее «табу». Также это защита, возникающая при усталости психики и общем недостатке ресурсов, что может в дальнейшем служить маркером необходимости остановиться и отдохнуть.

Подробный просмотр и телесное проживание актуальных защит в «Телесном инсайте» помогает клиенту, во-первых, лучше узнать себя и, во-вторых, получить возможность не «попадать» в эти защиты автоматически, а осознанно выбирать их, так как все просмотренные механизмы остаются в полном распоряжении клиента. Но самое главное, этот обзор уже имеющихся способов реагирования даёт возможность лучше прочувствовать, что теперь я хочу действовать по-другому, и поэтому после работы с защитами мы приступаем к нахождению того самого нового состояния, которое согласуется с Самостью и является целью нашей работы.



ПАРТНЁРСТВО И КОНАТИВНОСТЬ

В телесном инсайте терапевту отводится роль партнёра («проводника»), который знает, как можно прийти к тому, что нужно клиенту, а сам клиент при этом является тем единственным человеком в мире, который знает, что именно ему нужно.

И поскольку лишь сам человек обладает подобным знанием, его волевое усилие, волевой импульс играет очень важную роль, что выражается в **конативности** метода, т.е. в возможности (и даже обязательности) проявления личной воли клиента, его собственного намерения, присутствия его духа.

«ДЕТСКОЕ РЕШЕНИЕ»

Это термин, часто используемый в инсайт-терапии для обозначения того решения, которое принимает ребёнок в ситуации глубинного личностного конфликта, описанного в начале статьи, т.е. конфликта между природой ребёнка и его ограниченными возможностями, не соответствующими требованиям среды и/или родителей.

Иными словами, ребёнок пытается выразить что-то очень «своё» — так, как он его ощущает, так, как ему кажется правильным, но то, что у него получается, в первую очередь, разочаровывает его самого. Это и есть «детское решение» [10], при котором ребёнок фактически отказывается от проявления своего «Я». Потом это решение становится основой для воспроизведения травм и переживаний уже повзрослевшего человека, его «неспособности» выразить себя так, как он этого хочет. Важно отметить, что «детское решение» всегда являет собой наилучшее из того, что мог сделать тогда ребёнок.

Тот волевой импульс, который изначально побуждает ребёнка проявить собственную природу, сохраняется в теле, и затем направляет всю сессию инсайт-терапии, находя выход в зрелом, самостоятельном решении взрослого человека. Можно сказать, что воля личности (конативный компонент) проявляется и реализуется в инсайте тем полноценным образом, к которому эта личность стремились с самого детства, высвобождая ресурсы и радость внутреннего Божествен-

ного Ребёнка [17], которому удалось свершить то, чего очень сильно хотелось.

КОНГРУЭНТНОСТЬ И СИСТЕМА

Работаем ли мы контактными или бесконтактными Инсайтом, мы всегда ищем более конгруэнтный, аутентичный способ быть собой и проявлять себя в мир. Конгруэнтность можно описать как адекватность самому себе (Себе-Настоящему, True Self [12]), равноценность и согласованность различных частей нашей внутренней системы, включающей в себя следующие основные аспекты:

- тело (телесность, бессознательное),
- эмоции (чувства, состояния, ощущения, выражение эмоций вовне),
- разум (ментальная, рациональная, интеллектуальная составляющая),
- воля (волеизъявление).

Помимо вышеозначенных компонентов, присутствующих в каждой сессии инсайт-терапии, сам метод является системным и работает последовательно с семью базовыми зонами (или темами), присутствующими в жизни каждого человека.

Система, как известно, представляет собой большее, нежели просто сумма частей, поэтому последовательная проработка базовых тем даёт преимущество аккумулятивного эффекта: инсайты как элементы единой системы накапливаются и взаимно усиливают друг друга.

Базовые темы, в обязательном порядке прорабатываемые в курсе инсайт-терапии:

1. Зона поступков и действий (ноги).

Метафорически, это сценарии того, как мы идём вперёд, как мы вообще движемся в нашей жизни. Это наши поступки в сфере работы, социальных взаимодействий, в семье и отношениях. Находя в этой теме новую опору на себя самого, человек получает мощнейший импульс идти вперёд — на сей раз так, как хочет он сам.

2. Зона эмоций и чувств (грудь).

Здесь есть и эмоциональный пассив (как я ощущаю и проживаю свои чувства внутри себя), и эмоциональный актив (как я проживаю и выражаю свои чувства вовне), насколько я доверяю собственным чувствам,



плюс темы самовыражения, стыда за себя, переживания за себя (я не такой, как надо), обиды на себя и других. В этой зоне человек получает огромный ресурс - он наконец может опираться на Себя Самого в своих чувствах.

3. Зона гиперответственности, страхов родителей и творчества (спина).

В этой теме мы работаем с устаревшими родительскими сценариями [5], противостоящими нашей собственной природе. Здесь же возможна работа с семейной историей через телесный отклик — работа, в которой мы исходим из предпосылки, что в поколениях хранится некое «непереваренное», возможно, даже неосознанное, но при этом глубоко травматическое переживание, и хранится оно именно на телесном уровне, как ядро травмы. Если предыдущее поколение не сумело справиться с этим переживанием (исцелить его), оно передаётся дальше, оставаясь в семейной системе [16], и ощущается потомками не только на уровне сценария действий, но и как неясные, «чуждые» телесно-эмоциональные состояния, не имеющие своих оснований в личной истории человека.

4. Социальные сценарии (подрёберные мышцы).

В концепции Инсайта мы работаем с четырьмя базовыми социальными сценариями, описывающими общие способы поведения в отношениях с другими людьми. Это то, как личность устанавливает и поддерживает (или прерывает) контакт, какими возможностями пользуется для получения социального успеха и как ведёт себя в ситуации сложного взаимодействия. Наиболее ярко проявляются и патологизируются (закрепляются) социальные сценарии в школьные годы, так как школа является первой моделью социального взаимодействия для ребёнка. Не случайно столько страшных и травматичных историй именно из школьной жизни до сих пор заставляют вздрагивать многих взрослых людей. Здесь же лежат корни различных социальных фобий и множество мифов на тему «успешности».

5. Рождение, появление на свет

Это работа с архетипом [18] Внутреннего Божественного Ребёнка. Узнав, каким был

наш путь рождения, мы можем понять, что свойственно нам, что естественно для нас, каков именно наш паттерн движения в этом мире — если рассматривать "рождение" как метафору, то мы множество раз рождаемся в нашей жизни (в новой сфере деятельности, на новом этапе развития, в новом социальном качестве и так далее). Важно знать, что естественно для нас, а что нет, чтобы при следующем «рождении» не мешать самому себе и не ругать себя за то, что двигаешься «не так».

6. Личный Миф

Работа с архетипом Матери, с нашим материальным проявлением в этом мире, с тем «препятствием», травмой, которая имеется в данной сфере, фактически работа с препятствием в творчестве.

7. Социализация

Архетип Отца, нахождение нового Пути, личного, свойственного только мне, образа социализированного меня в мире. Это также тема восстановления здоровой триангуляции [13], соединяющей внутренние образы Ребёнка, Отца и Матери.

Таким образом, курс инсайта не просто исцеляет травмы, но выстраивает новую систему с опорой на Самость, в которой человек знает, каков он Сам в каждой из перечисленных больших зон, и может действовать совершенно по-новому.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЧЁТКИЙ ТЕЛЕСНЫЙ МАРКЕР

На первом этапе происходит работа с бессознательным образом тела (термин введен Франсуазой Дольто [6]). В ходе разработки данного метода много внимания уделялось тому, как именно формируется и хранится этот бессознательный образ себя [2].

За человеческую жизнь происходит множество травматических ситуаций, на работу с которыми действительно могла бы уйти вся жизнь, если бы все эти ситуации на самом деле не были бы структурированы определенным набором тем, значимых именно для этого человека. Эти темы определяются индивидуальностью самого человека, или

даже его психосоматической индивидуальностью, и проявляются как конфликты разного уровня (психического или соматического), когда человек не реализовал себя, свои подлинные таланты и способности.

Все телесные терапевты сходятся в том, что у тела – долгая память, тело помнит все. Общей основой телесно-ориентированных методов, исторически обусловивших их отделение от психоанализа, является использование в процессе терапии контакта терапевта с телом клиента, основанное на представлении о неразрывной связи тела и духовно-психической сферы. При этом полагается, что неотрагированные эмоции и травматичные воспоминания клиента вследствие функционирования физиологических механизмов психологической защиты запечатлеваются в теле. Работа с их телесными проявлениями помогает по принципу обратной связи проводить коррекцию психологических проблем клиента, помогая ему осознать и принять вытесненные аспекты личности, интегрировать их как части его глубинной сущности. Но если речь идет об осознанном исследовании бессознательно образа себя, то для человека становится важно чувствовать эти запечатленные переживания во всех модальностях (или каналах).

Одним из выдающихся исследователей в области функции памяти является нейрохирург Уайлдер Пенфилд (Университет Мак-Гилл в Монреале). В 1951 году он начал серию экспериментов, в ходе которых выяснилось: все, отразившееся в нашем сознании, детально фиксируется нашей памятью и, самое главное, может быть воспроизведено [20]. Фиксированными оказываются не только прошлые события, но и неразрывно связанные с ними эмоциональные переживания. Эти структуры памяти не являются точными биографическими событиями. Они воспроизводят то, как человек их прочувствовал в прошлом и интерпретировал их для себя. Это скорее можно назвать воссозданными переживаниями. Еще один вывод Пенфилда – сознательное воспоминание переживания отчасти отличается от прошлого чувства, но запись в памяти сохраняется даже после того, как потеряна способность осознанного воспоминания [14].

В методе телесного инсайта это положение звучит так – «Телесный инсайт работает с тем, что Вы не помните».

Суммируя результаты исследований Пенфилда, можно сказать, что существующие в мозгу образы, сохраняющие подробности переживания подобны библиотеке. С этими образами неразрывно связаны чувства, ассоциирующиеся с этим прошлым опытом. Эти переживания доступны для повторного воспроизведения, их буквально можно оживить, человек не просто помнит, что он чувствовал, он чувствует это вновь. И еще один важный результат. Пенфилд выяснил, что переживая эти пробужденные воспоминания, человек находится в двух плоскостях одновременно – непосредственно в самом переживании, испытывая его, а также вне его, наблюдая со стороны, сохраняя позицию здесь и сейчас.

Бессознательный образ себя [6] имеет многоуровневую структуру, в которую входят переменные возможностей и ограничений, определяемых окружающей средой, определенных паттернов поведения, представления о своих способностях, системы ценностей, ощущение своей идентичности и духовных переживаний как восприятия принадлежности к более глобальной системе, чем просто я сам. Уровень метамотивов по Маслоу и является искомыми духовными переживаниями. По мнению антрополога Грегори Бейтсона [1] изменение на верхних уровнях обязательно изменяет более низкие уровни. В соответствии с разработанным в инсайте атласом проблемных зон тела, терапевт касается восьми важных областей человеческой жизнедеятельности – гендерных установок, социальных контактов, творческих аспектов, жизненного интереса, социальных сценариев успешности, переживания своей идентичности и жизненной миссии, индивидуального мифа и сценария (паттерна) взаимодействия с миром.

В каждой области существуют определенные точки пробуждения этих образов, какая именно точка из этой области окажется входом для работы зависит от того, какова первичная модальность самого человека – кинестетическая, аудиальная или визуальная. Эта точка выбирается по максимальной чувствительности, показывающей спазмирование в



этой области, а дальнейшая работа происходит в виде двоичного алгоритма, при которой терапевт задает альтернативные вопросы, ориентируясь на более чувствительные телесные отклики, так как субъективное восприятие боли усиливается при отклике на истинную информацию. Подобный алгоритм позволяет в течение получаса достичь глубинного уровня психики, где находится искомая установка бессознательного образа себя. На этом уровне человек проживает и одновременно наблюдает и осознает символическую ситуацию, визуализирующую его установку. Это как небольшой фильм про самого себя, включающий биографические детали. На втором и третьем шагах сессии, осознаются защитная и адаптивная стратегии, при этом важно то, что человек не только осознает эти сценарии, но четко связывает их с переживаемыми эмоциями и чувствами, что позволяет ему в повседневной жизни применять их уже осознанно. Но главное, что является целью этого процесса – это такая же визуализация, но себя настоящего. При этом то, что он видит и переживает, необыкновенно резонирует с ним самим, человек переживает душевный подъем, так как сгенерированный им образ как раз и отражает его подлинную природу.

Ещё одно методическое преимущество «Телесного инсайта» заключается в наличии чёткого телесного (т.е. физически ощутимого) маркера подлинности процесса и успешности его завершения.

В ходе разработки метода в течение 26 лет был создан атлас психосоматического соответствия зон телесного напряжения и видов внутренних конфликтов. [15]

Каждая сессия начинается с подбора той точки, с которой будет производиться работа. Выбор точек осуществляется по болезненности, как показателю наибольшего напряжения в теле, таким образом клиент (а вернее, его бессознательное) выбирает самую актуальную на данный момент жизни проблему для проработки. Важно, что этот выбор производится не путём сознательных вычислений или раздумий. Тело не может «соврать», и если телу больно, значит, внутренний конфликт действительно есть и действительно актуален.

В ходе самой сессии ответы на вопросы терапевта так же даются (и/или подтверждаются) «по боли» (принцип, взятый из БЭСТ Е.И. Зуева [7], основоположника отечественной телесно-ориентированной терапии). Абсолютно любой вопрос в сессии можно проверить по отклику тела, и ни клиенту, ни терапевту не нужно «гадать», в правильном ли направлении движется сессия. Также это позволяет не упустить какие-то важные детали процесса. Более того, чёткие ощущения в теле не позволяют клиенту «уклониться» от непосредственного проживания опыта и уйти в интеллектуальные рассуждения вместо того, чтобы чувствовать, что именно происходит, и изменять то, что хочется изменить «всем собой», а не только на уровне «головы».

Кроме боли в точке (маркер тела клиента) есть и другой показатель, хорошо известный телесным терапевтам, это так называемая «прилипшая рука». Во время сессии рука терапевта постоянно находится в рабочей зоне, касаясь тела клиента, и нажатия на точку чередуются с правильным телесным прикосновением (этичным, чётким и недвусмысленным). Телесный контакт поддерживается до полного окончания сессии, позволяя клиенту (опять же на телесном уровне) ощущать присутствие и поддержку своего терапевта, а терапевту - чувствовать, что его рука «не отлипнет» до тех самых пор, пока у клиента не случится «инсайт», и не будет найдено вербальное соответствие завершающего состояния, фраза, с помощью которой этот телесный инсайт закрепляется.

Как только инсайт и соответствующая ему фраза найдены, происходит одновременно два «чуда»: точка перестаёт «работать» (исчезает болезненность) и рука терапевта «слетает» с тела клиента. Таким образом, то, что инсайт действительно состоялся, подтверждается и внутренними ощущениями клиента, и снятием телесной болезненности, и ощущениями терапевта.

ВИТАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ

Основной мишенью психологической работы в концепции инсайта являются ставшие ненужными витальные установки, мешающие развитию и самоопределению



личности. Это те установки, которые были заложены, как правило, в раннем детстве в качестве «витальных угроз» со стороны матери и впоследствии стали автоматизмами [12], от которых человек не может избавиться самостоятельно, т.к. подобные установки являются для маленького ребёнка абсолютным «табу», выраженном в послании «Стоп, иначе умрёшь!» Более того, как писала Анита Грин «позитивные и негативные образы и воспоминания настолько заключены в телесных тканях, что они не могут проявиться в аналитической работе без прикосновения» [11].

Такое «витальное послание» состоит из следующих поведенческих компонентов, проявляющихся у матери в момент «наложения табу»:

- резкие движения,
- резкий/громкий голос (крик, отчитывание),
- искажённый голос (например, злое шипение, испуганный тон, угрожающий тон, глухой от отчаяния/горя голос)
- искажение мимики (застывание, ужас, злость, отвращение и прочее, что в литературе часто описывается фразой «она изменилась в лице»)
- общая интенсивность воздействия.

Вследствие невротизма самой матери, в качестве непререкаемых установок записывается как то, что действительно важно и нужно в целом, так и то, что вообще не относится к уровню «жизненной угрозы» (например, расколотить вазу, надеть не подходящую к случаю одежду, наступить в лужу, измазаться, выразить своё мнение и т.д.)

Именно проработка и избавление от подобных «записанных» в теле и психике угроз позволяет человеку наконец начать жить полноценной и собственной во всех смыслах жизнью.

ПОКАЗАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ МЕТОДА

«Телесный инсайт» предназначен и рекомендован, в первую очередь, для условно здоровых людей с ненормативно протекающими кризисами развития. И не подходит для людей, имеющих психопатологии, требующие медикаментозного лечения. Также

противопоказаниями являются инсульт, инфаркт, эпилепсия, истерическая психопатия, шизофрения и беременность. Этот метод успешно работает с «обычными» невротиками и травматиками, иногда может подойти людям с пограничным расстройством личности и не годится для психотиков.

Важная особенность метода – это наличие возрастного ценза: старше 25 лет, а наиболее эффективным для работы инсайтом является возраст от 30 до 55 лет.

Объясняется наличие такого ценза тем, что, как правило, до 28 лет вопрос о реализации себя именно как Себя-Настоящего не ощущается остро, и может вообще не стоять перед человеком в качестве личностного запроса. Но по достижении 28-30 лет наступает время кризиса самоидентичности, когда нас перестаёт устраивать тот «багаж», который мы получили в семье, ожидания общества становятся неудобными, а порой раздражающими и хочется новизны, отвечающей какому-то глубинному, личностному запросу. Это то самое время, когда многие люди всерьёз задумываются о своём собственном месте в мире, о своём предназначении, о том, что они сами (без родителей, общества и семьи) из себя представляют, чего они могут достичь и кем могут (и хотят) стать. Ощущаться этот кризис может по-разному: от лёгкой, но постоянной неудовлетворённости выбранной профессией и своей социальной ролью до страстного желания выяснить, кто я на самом деле и зачем Я пришёл в этот мир.

Одним из базовых диагностических критериев может выступать уже упомянутое в статье ощущение, что я как личность способен на большее, нежели я собой представляю сейчас, переживание глубокого дискомфорта из-за разницы между тем, каким я сам себя ощущаю (и знаю) внутри и тем, каким мне приходится быть (в том числе, из-за детского травматического опыта).

Для назначения возрастного ценза имеется и второй существенный фактор: помимо назревшего кризиса к 28 годам личность становится полностью сформированной и более устойчивой, то есть, она уже обладает достаточными ресурсами, чтобы этот кризис преодолеть. В тех случаях, когда полученных в детстве и юности ресурсов ока-



зывается недостаточно, нормативный кризис может затянуться или начать протекать не нормативным образом.

По каким параметрам можно определить, что кризис протекает ненормативно?

Во-первых, это временной фактор: кризис длится более 3-х лет.

Во-вторых, это наличие (и/или обострение) психосоматических заболеваний [4] и, тем более, соматизация (т.е. переход внутреннего психологического конфликта на телесный уровень, когда человек болеет уже физически).

В-третьих, это наращивание устаревших психологических защит и ухудшение адаптации вплоть до потери имевшихся ранее навыков (примеры из практики: человеку становится трудно общаться с людьми, растёт тревожность, возникают панические атаки, человек начинает избегать определённых ситуаций, потому что боится не справиться, ему становится мучительно сложно принять решение). В целом, можно описать это состояние, как падение или осязаемое снижение качества «внутреннего уровня жизни». Ещё можно добавить, что подобное состоянию фоново сопровождается чувством острой неудовлетворённости и постоянной, непреодолимой фрустрации. Всё это указывает на то, что человеку была бы полезна помощь в проживании наступившего кризиса, и телесный инсайт как метод фактически для этого предназначен.

Также стоит добавить, что контактными телесным инсайтом не работают в острых состояниях. Что касается возможных физических ограничений метода, то это вопрос мотивации клиента и его персонального доверия терапевту. При наличии каких-либо физических препятствий для работы с определёнными точками (или зонами тела), терапевт может работать через «универсальную точку», находящуюся на солнечном сплетении.

В завершении приведу краткий список того, с чем успешно работает данный метод:

кризис самоидентичности, трудности самореализации, метапатологии и ноогенные неврозы, экзистенциальные фрустрации, стагнация духовного развития, кросс-культурные взаимодействия, кризисы профессиональной идентичности, сложности в развитии креативности, стрессы, нарушениями

саморегуляции, работа с зависимостями и конфликтами в партнерских отношениях и рядом других нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бейтсон Грегори*, Экология разума. Москва, Смысл, 2000
2. *Белокурова М.*, Телесно-ориентированная инсайт-терапия. «Вестник Балтийской Педагогической Академии» выпуск 80-2008 г., СПб, 2008,
3. *Белокурова М.В.* Телесно-ориентированная инсайт-терапия: концепция, метод, терапевтический стиль, – [Электронный ресурс]. – URL: <http://hi-human.ru/content/telesno-orientirovannaya-insait-terapiya-kontsepsiya-metod-terapevticheskii-stil> дата обращения 05.09.16
4. *Белгородский Л.С., Сандомирский М.Е.* Телесно-ориентированная психотерапия: общий обзор и история метода (с) 2000
5. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – Москва: Эксмо, 2014. – 1224 с.
6. *Дольто Ф.*, Бессознательный образ тела. – Т. XVI. – Ижевск: ERGO, 2006.
7. *Зуев Е.И.* Древо целительства. Москва: Советский спорт, 1995 -116 с.
8. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. М.: Класс, 2000, с. 287-300. Kernberg O. Severe Personality Disorders. Yale University Press, 1994
9. *Лэнгле А.* «Я ненавижу тебя, но не бросай меня!» Пограничное личностное расстройство в экзистенциально-феноменологической перспективе, открытая лекция 26 февраля 2014 г Факультет психологии НИУ ВШЭ, Москва. аудиолекция на английском языке с переводом. <http://www.laengle.info/index.php?&page=aktuelles>
10. *Макаров В. В., Макарова Г. А.* Транзактный анализ – восточная версия. – Москва: Академический Проект; Альма Матер, 2008 – 399 с.
11. *Мак-Нили Д.* Прикосновение: глубинный анализ и телесная терапия. - Москва,

Институт Общегуманитарных Исследований, 1999 – 144 с.

12. Психоаналитические термины и понятия: Словарь/Под ред. Борнесса Э. Мура и Бернарда Д. Фаина/Перев, с англ. А.М. Боквинова, И.Б. Гриншпуна, А. Фильца. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 304 с.

13. Фридрих Е. Триангуляция – Психоаналитический вестник №6, 1998

14. Харрис Т. А. – Я хороший, ты хороший. Москва, 1993.

15. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – Москва: Академический проект, 2008 – 224 с.

16. Шутценбергер А. А. Синдром предков: трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. — Москва: Психотерапия, 2011 – 256 с.

17. Юнг К.-Г. Бог и бессознательное. – Москва: Олимп, ЩЩЩ «Издательство АСТ-ЛТД», 1998 – 480 с.

18. Юнг К.-Г. Человек и его символы. – Спб.: Б.С.К., 1996 – 454 с.

19. Kolk, Bessel van der (July 2015). «The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress». Harvard Review of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 1 (5): 253–265. PMID 9384857.

20. Penfield W. Memory Mechanisms// A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry. 1952. Vol.67.P.178-198

Body-oriented insight-therapy: method's advantages and major strengths

*Belokurova M.,
Arapova E.,
(CTC Hi-Human Technologies,
Moscow, Russia)*

Summary. *The article is devoted to the methodological characteristics and advantages of body-oriented insight-therapy. Describes the recovery of the subjectness of the client and increase of the psycho-emotional and physical stability due to the therapeutic process. Also reports the work of the psychological defence mechanisms in a session of the body-oriented insight-therapy.*

Describes the principles what is required in this type of therapeutic interaction as partnership and conativeness and provides definitions of key terms. Separately noted the congruence and sistematic approach of the method, a clear bodily marker of result, and lists the indications and limitations of the method.

Keywords: *body-oriented insight therapy, vital attitudes, body-oriented therapy, analytical psychology, psychological defence mechanisms, “child's decision”, subjectness, Self, unconscious body image (l'image inconsciente du corps, Françoise Dolto)*

К СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ХАЙКИН А.В.,
(Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация

В статье описана необходимая структура целей и блоков работы в психологическом лечении соматических заболеваний вне зависимости от конкретных нозологий и применяемых методов. Описаны два различных контекста, обосновывающие возможность и различные виды работы психолога в излечении телесных заболеваний.

Ключевые слова: *психосоматика, психосоматотерапия, цели, структура, психологическое лечение соматических заболеваний, методология.*

УДК 616-08:159.98 + 615.851

В настоящее время работа психолога (психотерапевта) по исцелению телесных болезней постепенно становится явлением все более обычным в профессиональном психотерапевтическом сообществе. Также все более интенсивно проникают в обыденное сознание методы самоисцеления. Увеличивается количество подходов и техник психосоматотерапии. В этой связи становится все более актуальным вопрос об общих «шагах», о необходимо разрешаемых целях, основных блоках работы, т. е. вопрос о структуре самого процесса лечения соматических болезней психологическими средствами безотносительно конкретных нозологий и применяемых практик.

Необходимость и возможность самой работы психолога (психотерапевта), в том числе самостоятельной работы, в деле лечения телесных болезней (т.е. в современных медицинских представлениях - на поле деятельности соматического врача) исходит из двух контекстов. Во-первых, из развивающихся психосоматических представлений о необходимой роли психического в порождении телесных болезней. Во-вторых, из

понимания, что исцеляющие механизмы организма, даже рассматриваемые как исключительно физиологические, могут запускаться совершенно психологическими механизмами и явлениями. Например, как в случае эффекта плацебо, когда огромное желание выздороветь, уверенность в том, что нечто, имеющееся в распоряжении больного как «лекарство», принесет исцеление и процесс «предвкушения» этого исцеления, запускают мощнейшие исцеляющие механизмы. Понятно, что направленность и содержание работы, исходящей из этих двух контекстов – разные.

В первом случае это – именно психотерапевтическая работа, направленная на устранение психологических причин соматических, понимаемых в этом случае как «психосоматических» заболеваний, т.е. телесных заболеваний, в генезе которых существенную роль играет психика и то, что в ней происходит. Необходимо отметить, что в следствии малоисследованности вопросов о способе взаимодействия психического и телесного в порождении телесных заболеваний, о роли психического в этом и о механиз-



мах психосоматогенеза, нет и однозначного представления о том, какие соматические заболевания можно относить к психосоматическим. Существует как минимум пять позиций рассмотрения термина «психосоматические заболевания». Болезни считаются «психосоматическими»:

1. если в генезе соматического заболевания не обнаруживаются «органические» причины;
2. если определяющая роль психического в их генезе уже выяснена (как например, в болезнях «александеровской семерки»);
3. все телесные болезни, кроме инфекционных и генетических;
4. все телесные болезни;
5. все или почти все телесные болезни, но при этом полагается, что вклад психического в их генезе не является определяющим.

Понятно, что если понимание психосоматичности болезней соответствует первому пункту, то психотерапевтическая работа с психологическими причинами болезни представляется единственно возможным средством. Во всех остальных случаях естественно придавать важную роль и воздействию на уже произошедшее следствие этих психологических причин, то есть – на саму болезнь, ее «медицинские» причины, патогенетические механизмы и симптомы.

Вернемся ко второму из описанных в начале статьи, контекстов – исцеляющие механизмы организма запускаются с помощью психологических действий и явлений. Когда в работе психолога с телесным заболеванием мы исходим из этого контекста, то, естественно, что для такой практики нам нет необходимости опираться на теоретические представления о необходимой и существенной роли психического в порождении телесных заболеваний. И понятно, что здесь не встают вопросы об определении группы телесных болезней, где такая работа была бы полезна и о делении болезней на «психосоматические» и «истинно соматические»! По своим целям и сущности, но конечно, не по средствам реализации, работа в таком контексте сродни соматической медицине. Также отметим, что не все психологические практики, применяемые в данном контексте,

можно назвать психотерапевтическими, а часто, только – психотехническими. В некоторых случаях такая психологическая работа по исцелению соматических заболеваний действительно является достаточной. Однако, понятно, что объединение практик, исходящих из обоих контекстов в единой работе делает ее более эффективной и соответствующей цели исцеления телесной болезни.

Супруги Саймонтоны в своей книге, посвященной разработанному ими «Психологическому подходу к лечению рака» и опыту его применения [3], описали целостную систему конкретных практик, часть из которых направлена на работу с психологическими причинами рака, как они их понимали, а часть – на мобилизацию иммунитета на борьбу с опухолью. Н. Л. Зуйкова разработала стандарт, названный ею «Клиническая психосоматическая психотерапия», направленный на работу с широким спектром психосоматических болезней достаточно вариативным набором психотерапевтических средств [1]. Нами ранее предлагалась общая структура целей, разрешаемых в психологической работе по исцелению телесных болезней психологическим способом, которая включала цели: подготовку клиента к основной работе; преодоление психологических причин телесного заболевания; мобилизацию исцеляющих сил на борьбу с болезнью [4, 5]. В несколько дополненном и вновь отредактированном виде мы представляем сейчас эту структуру целей в следующем виде.

Как и ранее, работа по исцелению соматической болезни психологическим способом включает в себя решение трех задач и, соответственно, состоит из трех блоков, которые иногда представляют собой и последовательные шаги, этапы такой работы. Первая задача, задача подготовки клиента к дальнейшей работе и поиск необходимой для начала работы информации распадается на две подзадачи:

1. исследование и оптимизация отношений клиента с болезнью;
2. обретение необходимых для дальнейшей работы (клиента) ресурсов.

Первая из них сама включает несколько задач:

- a) обретение клиентом достаточной мотивации к выздоровлению;



- б) обретение им адекватной (личностной) реакции на болезнь;
(Эти задачи традиционно считают своим полем деятельности даже те психологи, которые придерживаются мнения, что не дело психологов «лезть» в само лечение.)
- в) позитивная трансформация убеждений больного в невозможности выздоровления;
- г) исследование того, чем в картине мира больного является болезнь, например, «врагом», «поломкой», «карой», «учителем» и прочее и, соответственно, чем является излечение, а также того, на что в процессе исцеления можно опираться: на внешнюю помощь, на себя и собственные возможности, на «высшие силы» и т.д.;
(Это позволяет сделать подбор средств работы, согласных с картиной мира больного.)
- д) исследование бессознательных стратегий и действий, осуществляемых больным в отношении болезни, например, терпение в ожидании самопроизвольного выздоровления, попытка убрать симптоматику «усилием» воли и т.д.
(Этот пункт особенно важен в самостоятельной исцеляющей работе с собой, т.к. это бессознательное действие неявно конкурирует с начавшимися намеренными действиями, «место уже занято».)

Вторая подзадача также распадается в свою очередь на две:

- а) общая энергетизация, обретение и накопление физических сил, достаточных для начала последующей работы;
- б) накопление психологических ресурсов, достаточных для возможной встречи с травматическими переживаниями и глубинными конфликтами.

Важность реализации последней задачи настолько велика, что некоторые авторы говорят о непоказанности глубинной психотерапевтической работы во время обострения соматического заболевания или некоторых их видов [1, 2].

Несмотря на то, что мы очень мало знаем о самих механизмах психосоматогенеза, условия его запуска можно считать уже достаточно изученными. И поэтому понятно, что

работа во втором блоке явно или не явно направлена на снятие преград и нахождении более приемлемых способов в реализации фрустрированных потребностей, на разрешение внутренних конфликтов и снятие необходимости искать в болезни компромисса в них, на преодоление абсолютной значимости уже устарелых убеждений и стратегий, на осознание и легализацию ранее маргинализированных или вновь возникающих частей психики, на исцеление последствий психотравмирующих событий, на приобретение способности к реализации стрессовой энергии, повышение стрессоустойчивости и уменьшения количества стрессов. Также понятно, что наша работа здесь направлена не только на внутренние изменения клиента, но и на изменения самого образа жизни в том направлении, которому препятствовали эти внутренние причины.

В зависимости от теоретических представлений и практических методов, в которых работает терапевт по виду источников получения информации, о том, с чем и как работать в психотерапии можно выделить, как минимум, пять вариантов:

1. терапевт ориентируется на обнаруживаемую им главную психотерапевтическую проблематику и работает с ней, не «оглядываясь» на телесные симптомы;
2. информация о мишени работы, а зачастую здесь – и о ее способе, получается из бессознательного клиента;
3. смысл болезни проясняется через рассмотрение изменений, которую принесла болезнь в душевную и внешнюю жизнь клиента или жизнь его семьи, а содержание работы заключается в поиске более приемлемого способа осуществления этого смысла;
4. информация о смысле болезни, а часто и о способе терапии, берется из субъективного переживания симптомов болезни и ассоциированных с ними эмоций, причем здесь терапия может и развертываться из этих переживаний;
5. смысл болезни раскрывается через психологическую интерпретацию медицинской объективной (а не переживаемой субъективно, как в предыдущем случае) информации о ее симптомах и механизмах.

Конечно, эти способы могут сочетаться в конкретной работе.

Третий блок работы по психологическому исцелению телесного заболевания - мобилизацию исцеляющих сил на борьбу с болезнью и ее симптомами, можно с полным основанием назвать медициной психологическими средствами. (Хотя, по большому счету, так можно охарактеризовать и всю психологическую работу по исцелению телесной болезни в целом!) Естественно, в этот блок работы можно отнести и решение задачи преодоления боли. Задача повышения общей стрессоустойчивости и обретения навыков преодоления стресса, по-видимому, относится одновременно и к первому и ко второму блокам работы одновременно.

В заключение необходимо отметить, что описанная структура соответствует как работе психолога (психотерапевта) с соматическим больным, так реализации задачи самоисцеления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуйкова Н. Л. Из опыта психотерапии психосоматозов. Клиническая психосоматическая психотерапия (КПсП) // Психосоматика и саморегуляция. – 2015. – N 2(2). – С. 34 – 40. URL: <http://journall.pro/pdf/1436805501.pdf> [дата обращения: 03.09.16]

2. Кудяев А.Е., Замлелая И.В., Ходарева Н.К. Холистический подход к лечению заболеваний. // Психосоматика и саморегу-

ляция. – 2016. – N 1(5). – С. 17 – 22. – URL: <http://journall.pro/pdf/1460488476.pdf> [дата обращения: 03.09.16]

3. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.

4. Хайкин А.В. К теории и практике психосоматики. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – N 2. – С. 193-198.

5. Хайкин А.В. К общей схеме психосоматотерапии. // Материалы 6-го Всероссийского съезда онкопсихологов. – М., 2014. – С. 80-82.

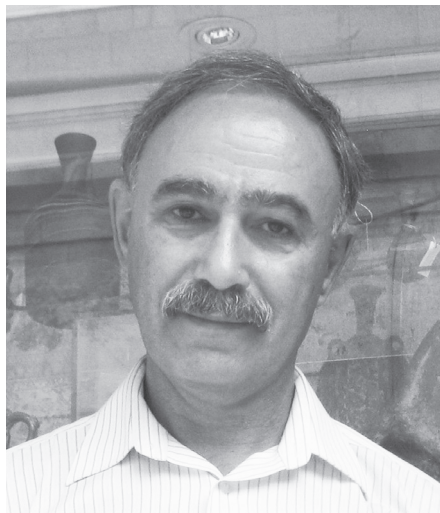
To the structure of psychological treatment of somatic diseases

*Khaikin A.V., Ph.D.,
(Rostov-on-don, Russia)*

Summary. *This article describes the required structure of the objectives and work units in the psychological treatment of somatic diseases, regardless of the specific nosology and the methods used. We describe two different contexts, justifying the possibility of different types of work and psychologist cure bodily diseases.*

Keywords: *psychosomatic, psihosomato-therapy, objectives, structure, psychological treatment of body diseases, methodology.*

ОБ АВТОРАХ



ВИНОКУР ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (С.-Петербург), президент Санкт-Петербургского Балинтовского общества, член консультативного совета Международной Балинтовской Федерации, член редколлегии журнала «Психосоматика и саморегуляция».

E-mail: vavinokur@mail.ru



РОГАЧЕВА ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА – доктор психологических наук, кандидат философских наук, директор АНО «Уральский центр комплексной реабилитации», сертифицированный специалист в области Гештальт-психологии.

Сфера интересов – методологические проблемы здоровья и болезни, психосоматические аспекты заболеваний, психологическое консультирование человека, попавшего в трудную ситуацию, в том числе в ситуацию болезни, вопросы супервизии в Гештальт-подходе.

Автор более 90 научных работ, среди них 2 монографии и 1 учебное пособие с грифом УМО.

E-mail: TVRog@yandex.ru



АНДРЕЕВА ГАЛИНА ОЛЕГОВНА – доктор медицинских наук, ассистент кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.

Автор и соавтор более 50 научных работ, учебников и методических пособий. Врач-невролог, рефлексотерапевт. Круг научных интересов: лечение больных с заболеваниями нервной системы, изучение патогенетических механизмов и разработка схем иглотерапии с целью воздействия на психо-эмоциональное состояние пациентов.

E-mail: galinandreev@yandex.ru



ЕМЕЛЬЯНОВ АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Высоккоквалифицированный специалист в области неврологии и рефлексотерапии. Автор и соавтор более 250 научных публикаций, учебных и методических пособий, учебников, монографий, указаний и руководств для врачей. Под его руководством выполнены и защищены 11 кандидатских, 2 докторских диссертации по актуальным вопросам неврологии.



БАБАЕВА СВЕТЛАНА ВЕНИАМИНОВНА — Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ, Москва), научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, клинический психолог.

E-mail: sbabayeva@gnicpm.ru

Область научных интересов:

- Психологическое консультирование и психодиагностика,
- Психофармакология и психопатология личности,
- Психосоматика,
- Эриксоновский гипноз и Эриксоновская психотерапия ,
- Психология здоровья,
- Психология труда
- Психодрама,
- Гештальттерапия
- НЛП,
- Арттерапия



МЕДИК ЯНИНА ВЛАДИМИРОВНА — Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ, Москва), научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, клинический психолог.

E-mail: ymedik@gnicpm.ru

Область научных интересов:

- Психологическое консультирование и психодиагностика,
- Психофармакология и психопатология личности,
- Психосоматика,
- Эриксоновский гипноз и Эриксоновская психотерапия ,
- Психология здоровья,
- Психология труда
- Психодрама,
- Гештальттерапия
- НЛП,
- Арттерапия



БЕЛОКУРОВА МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА – автор телесно-ориентированной инсайт-терапии, автор современного мифодраматического подхода, генеральный директор консультативно-тренинговой компании «Hi-human technologies».

Психолог, психотерапевт единого европейского регистра, обладатель Всемирного сертификата психотерапевта, сертифицированный специалист по процессуальной работе (Портленд, США). Официальный преподаватель и супервизор практики международного класса Европейской Ассоциации психотерапии.

Учредитель и член президиума АТПП, Процессуального профессионального сообщества, Центральной школы Плейбек театра, Ассоциации интермодальной терапии искусствами.

Ведущая вальдорфской мастерской для детей и родителей

Преподаватель высшей школы (авторские лекционные

курсы по психологии управления, психологии рекламы, психологии принятия решений и др.), автор и ведущий курса «Деловое общение и этикет государственного служащего» в Академии госслужбы.

Предмет профессиональных интересов: развитие концепции «Телесного инсайта» (ТИ)/ профессиональная подготовка специалистов по ТИ (психологов/психотерапевтов), усовершенствование клиентского курса по ТИ, создание новых метанавыков для работы практического психолога/ разработка концепции психосоматической индивидуальности

Контакты: сайт <http://hi-human.ru/>

Телефон: 8 (985) 198-90-78

E-mail: hi-human@hi-human.ru

Соцсети: <https://www.facebook.com/hhtechnologies/>, <https://vk.com/hihuman>

Группа в Фейсбуке «Телесный инсайт» <https://www.facebook.com/groups/125758814301682/>



АРАПОВА ЕЛЕНА АЛЬБЕРТОВНА – психолог-консультант КТК «Хай-Хьюман Текнолоджиз», сертифицированный специалист по телесно-ориентированной инсайт-терапии, мастер-тренер по жёсткому цигуну. Автор и ведущая программ по психо-телесной саморегуляции.

Предмет профессиональных интересов: развитие концепции «Телесного инсайта» (ТИ), усовершенствование клиентского курса по ТИ, развитие эффективных навыков для работы практического психолога в сфере саморегуляции, интеграция оздоровительной дыхательной гимнастики и телесных практик

Контакты: сайт <http://integrok.com/body-insight/>

Телефон: 8 (925) 718-29-75

E-mail: hi-human@hi-human.ru

Соцсети: <https://www.facebook.com/hhtechnologies/>,

<https://vk.com/hihuman>

Группа в Фейсбуке «Телесный инсайт» <https://www.facebook.com/groups/125758814301682/>



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.

Тел.: +79034018210

E-mail: alval_khaikin@mail.ru

Сайт: khaikin.ru.

МЕРОПРИЯТИЯ

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Восточно-Европейское Психосоматическое Общество
в сотрудничестве сОбщероссийской Профессиональной
Психотерапевтической Лигой (ОППЛ)и при информационной
поддержке научного сетевого журнала
«Психосоматика и саморегуляция» (<http://journall.pro/>)

26-27 ноября **2016** года в г. Краснодаре
проводит Всероссийскую научную конференцию

«Психосоматика: идеи, исследования, методы»

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Теоретические и эмпирические исследования психосоматической взаимосвязи
- Психология здоровья и психология болезни
- Модели и методы психосоматотерапии и саморегуляции
- Практический опыт психосоматической работы



ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ:

Хайкин Александр Валерьевич, к.пс.н., – председатель конференции, (Ростов-на-Дону),
Васильева Ольга Семеновна, к.пс.н, профессор, (Ростов-на-Дону),
Винокур Владимир Александрович, д.м.н., профессор, (С.-Петербург),
Зуйкова Надежда Леонидовна, к.м.н., профессор, (Москва),
Исаченкова Ольга Александровна, к.м.н., (Н.Новгород),
Кодочигова Анна Ивановна, д.м.н., профессор, (Саратов),
Рогачёва Татьяна Владимировна, д.пс.н., профессор, (Екатеринбург),
Русина Наталья Алексеевна, к.пс.н., доцент, (Ярославль),
Силенок Инна Казимировна, (Краснодар),
Соловьёва Светлана Леонидовна, д.пс.н., профессор, (С.-Петербург),
Яковлева Наталья Валентиновна, к.пс.н., доцент, (Рязань).

ЦЕЛЬ КОНФЕРЕНЦИИ:

создание условий для представления новых результатов теоретических, методологических и эмпирических исследований, разработок новых практических средств психосоматотерапии и саморегуляции, для общения и дискуссий, обмена новыми идеями.

Конференция проходит в организационных рамках Конгресса помогающих профессий, проводимого ОППЛ в г. Краснодаре 25-27 ноября 2016 г.

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В КОНФЕРЕНЦИИ:

Участники конференции, делающие доклад, освобождаются от орг.взноса.

Участники без доклада платят орг.взнос по правилам Конгресса помогающих профессий. (Эти правила будут определены несколько позднее.)

Для участия в конференции необходимо не позднее 1 октября послать заявку, включающую ФИО, место работы, должность, ученое звание, ученую степень, тему доклада, эл. почту и телефон.

Участники конференции, делающие доклады, до 1 ноября присылают тезисы своего доклада (своих докладов), которые публикуются в отдельном выпуске научного сетевого журнала «Психосоматика и саморегуляция». Количество тезисов участника соответствует количеству его докладов.

Заявки для участия и тезисы докладов необходимо присылать по эл. адресу:
alval_khaikin@mail.ru

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ТЕЗИСОВ:

Тезисы оформляются в том же формате, как и любая публикация в журнале «Психосоматика и саморегуляция». Смотрите «Правила оформления рукописей» в разделе «Авторам» на сайте журнала: <http://journall.pro/avtoram>. Объем текста тезисов со списком литературы не должен превышать 2500 знаков (без пробелов). Краткое резюме и ключевые слова в этот объем не входят.

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ! Мы ждем ваши заявки, тезисы, а также предложения по тематике круглых столов! Подробности – через указанную выше почту и у председателя конференции **Александра Валерьевича Хайкина по телефону: +79034018210.**

