

ISSN 2412–9569

**Сетевой научный журнал  
ПСИХОСОМАТИКА  
и САМОРЕГУЛЯЦИЯ**

**3 (7) 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).

*Лубянка 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).

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

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

*Силенок Инна Казимировна*,  
(Краснодар, Россия).

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

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



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

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

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

ISSN 2412–9569

Периодичность выхода  
1 раз в квартал.

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

Электронная почта:  
[alval\\_khaikin@mail.ru](mailto: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.....6

---

## ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

---

*Анохин М. С.*  
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:  
НАПРАВЛЕНИЯ, ТЕНДЕНЦИИ, РЕЗУЛЬТАТЫ.....8

*Васильева О. С.*  
ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ.....10

*Кодочигова А. И., Паршина С. С., Самсонов С. Н., Котов А. Ф.*  
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ КОСМИЧЕСКОЙ  
ПОГОДЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ  
ДОБРОВОЛЬЦЕВ В МНОГОШИРОТНОМ МОНИТОРИНГЕ.....12

*Алабут А. В., Сикилинда В. Д., Лубянко И. А., Головки Р. Л.*  
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ  
С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ОСТЕОАРТРОЗА  
КРУПНЫХ СУСТАВОВ.....14

*Хайкин А. В.*  
К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБОЗНАЧЕНИЯ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ .....16

*Яковлева Н. В.*  
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ.....18



---

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ

---

<i>Анохин М. С.</i> СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ФЕНОМЕНА ПЛАЦЕБО.....	21
<i>Васильева О. С., Гаус Э. В.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ С ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СЧАСТЬЕ.....	23
<i>Кудаев А. Е., Замлелая И. В., Ходарева Н. К.</i> О ХОЛИСТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЮ.....	25
<i>Кошанская А. Г.</i> РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВРАЧЕЙ.....	28
<i>Крючкова М. Н., Лубянка И. А.</i> ХОЖДЕНИЕ ПО МУКАМ: ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ (НА ПРИМЕРЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ).....	30
<i>Оленко Е. С., Деева М. А., Киричук В. Ф.</i> ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИЕЙ ЛИЧНОСТИ.....	33
<i>Правдина Л. Р.</i> ТЕЛЕСНОСТЬ И ЭКЗИСТЕНЦИЯ: ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
<i>Хайкин А. В.</i> О ВОЗМОЖНОЙ СВЯЗИ ПСИХОСОМАТОГЕНЕЗА И ЭВОЛЮЦИОННОГО ПРОЦЕССА.....	37



---

# МОДЕЛИ И МЕТОДЫ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

---

*Андреева Г. О.*

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....39

*Бабаева С. В., Медик Я. В.*

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАТИВНО-  
ОБУЧАЮЩИХ ЗАНЯТИЙ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ  
СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ОМС.....41

*Белокурова М. В.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛЕСНОГО ИНСАЙТА В РАБОТЕ  
С ПАТОГЕННЫМИ ВИТАЛЬНЫМИ УСТАНОВКАМИ.....43

*Ингерлейб М. Б.*

МЕТОДОЛОГИЯ БЫСТРОЙ ВЫРАБОТКИ ЭФФЕКТИВНЫХ  
НАВЫКОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ  
ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ.....46

*Исаченкова О. А.*

СТРЕСС И САМОРЕГУЛЯЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ.....48

*Лубянка И. А. Крючкова М. Н. Перепечаева А. В. Пилиева А. В.*

ХОЖДЕНИЕ ПО МУКАМ, ЧАСТЬ 2, ПРАКТИЧЕСКАЯ.  
ПРИМЕР ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.....51

*Петренко С. Н.*

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕГРИРОВАННЫХ  
МЕТОДОВ НЕЙРОАКУСТИКИ В ТЕРАПИИ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....53

*Хайкин А. В.*

О СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ТЕЛЕСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....56

---

## ОБ АВТОРАХ

---

..... 58





## 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.**



---

---

**Материалы  
Всероссийской научной  
конференции**

**«ПСИХОСОМАТИКА:  
ИДЕИ, ИССЛЕДОВАНИЯ,  
МЕТОДЫ»**

**26-27 ноября 2016 года  
г. Краснодар**

*(Организатор конференции:  
Восточно-Европейское  
Психосоматическое Общество)*

---

---

# ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

---

## ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: НАПРАВЛЕНИЯ, ТЕНДЕНЦИИ, РЕЗУЛЬТАТЫ

АНОХИН М. С.,  
(г. Ростов-на-Дону, Россия)

### Аннотация

*В работе приводятся результаты анализа научных публикаций в области психосоматики, описываются накопленные дисциплиной знания и основные направления исследований.*

**Ключевые слова:** психосоматика, психосоматические взаимосвязи, эмпирические исследования, обзор.

Целью данной работы является изучение результатов эмпирических исследований в психосоматике, выявление тенденций и направлений в изучении этой области знаний. Проведенный нами ранее [1] анализ 72 эмпирических работ позволил разделить их на две группы, одна из которых состоит из нескольких разделов:

1. исследования, которые показывают взаимосвязь психического и телесного в рождении, динамике и излечении соматических болезней.

а. Исследования взаимосвязи стресса, патологических процессов и болезней.

б. Исследования влияния психосоциального окружения на появление болезни и ее динамику.

с. Исследования, которые показывают взаимосвязь психического и телесного в по-

рождении, динамике и излечении соматических болезней у животных.

д. Исследование плацебо эффекта.

е. Исследование влияния психотерапии на течение болезни.

2. Исследования о взаимосвязи психологических особенностей человека с возникающими у него болезнями и их клиническим течением.

Основное внимание в общей массе публикаций посвящено следующим направлениям исследований, перечисленным в порядке убывания по количеству работ: определению личностных профилей больных психосоматическими заболеваниями; исследованию влияния на возникновение и динамику заболевания различных эмоций, положительных и отрицательных; оценке эффективности психосоматотерапии; изучению влияния



острого стресса на возникновение и течение болезни; изучению влияния сферы межличностных отношений на течение, возникновение, развитие и течение болезней; изучению копинг-стратегий и психологических защит у пациентов и их влияние на болезнь.

Существующими исследованиями доказано: влияние стресса на возникновение болезни; взаимосвязь между силой стресса и выраженностью заболевания; влияние различных эмоций на возникновение болезни, степень выраженности ее симптомов и возможность выздоровления; эффективность психотерапии для разных групп болезней; взаимосвязь между дисфункциональными межличностными отношениями и развитием заболевания; многофакторность влияния психики на возникновение болезни и выздоровление. Для некоторых болезней обнаружено наличие характерных психологических особенностей личности у больных с одной нозологией; показано, что наличие определенных психологических качеств личности, могут способствовать более быстрому выздоровлению.

Имеются противоречивые результаты исследования эффективности психосоматоте-

рапии при использовании разных методов, что предполагает необходимость дальнейших исследований в этой области.[1]

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин М. С. Эмпирические исследования психосоматических взаимосвязей. Обзор результатов.// Психосоматика и саморегуляция. – 2016. №1. с. 6-17. / – URL: <http://journal1.pro/pdf/1468517101.pdf> [дата обращения: 01.10.16]

### **Empirical psychosomatic research: trends, directions, results.**

*Anokhin M. S.  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Resume.** *The article presents the results of the analysis of scientific publications in the field of psychosomatic medicine, describes the knowledge and the main lines of research discipline.*

**Keywords:** *psychosomatics, psychosomatic relationships, empirical research, review.*

# ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

ВАСИЛЬЕВА О. С.,  
(Южный Федеральный университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В рамках данной работы акцент делается на влиянии психологических факторов на укрепление и совершенствование здоровья тела и души. Рассматриваются разные уровни понимания здоровья и влияния на него представлений о себе и мире.*

**Ключевые слова:** *представления о здоровье тела и души, представление о себе и мире, принцип осмысленности и ответственности.*

Основная тематика психосоматических исследований опирающихся на единство телесного и душевного - влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний. Психология здоровья акцентирует внимание на том, как влияют психологические факторы на сохранение и совершенствование здоровья.

Исследуя в течение более трёх десятков лет представления о здоровье и их взаимосвязь как с уровнем здоровья, так и базовыми представлениями о себе и мире, мы много раз убеждались, что понимание здоровья является одним из базовых представлений в картине мира.

Анализируя тысячи представлений о здоровье людей разного возраста и социального статуса можно выделить ряд уровней понимания здоровья, которые определяются ценностно-смысловой сферой и базовыми понятиями о себе и мире (ответы на вопросы «Кто я? Зачем я? Каков мир и каково мое место в нем?» И т.д.)

Наиболее популярное определение «здоровья – это отсутствие болезней» можно считать нулевым уровнем. Следующий уровень связан с различными характеристиками телесного здоровья, и совершенствование здоровья тела является главной целью (фактически занятием спортом, бодибилдинг).

Далее идет уровень, делающий акцент на ментальной интеллектуальной сфере человека (люди, пренебрегающие телом во имя развития интеллектуальных и социальных сфер бытия). Следующий уровень, делающий акцент на душевном здоровье, гармоничном взаимодействии с другими людьми, миротворчестве как умении эффективно решать конфликтные ситуации, используя компромисс и сотрудничество. А следующий уровень – это духовно-нравственное здоровье, которое является средством совершенствования, самореализации и преобразования человека. Приведем несколько примеров определения здоровья на этом уровне:

«Здоровье – это самоопределение человека в направлении совершенствования и самореализации».

«Здоровье – это умение любить, жить и творить в гармонии с собой и миром».

«Здоровье – это условие для преобразования человека, а болезнь это толчок к изменению».

В эти определения включены три базовых принципа отношения к жизни вообще и здоровью, в частности: принцип осмысленности и осознанности, принцип ответственности за все, что происходит в моей жизни и принцип открытости, искренности в отношении с собой, другими людьми и миром.



Эти три принципа позволяют эффективно проходить три этапа совершенствования здоровья: первый – понимание и познание себя и своих индивидуальных особенностей, тела, сознания, души; второй – принятие сильных и особенно слабых сторон своей индивидуальности; и третий – преобразование, изменение, трансформация себя в направлении оздоровления тела, сознания и души.

Таким образом, здоровье рассматривается как интегративная характеристика человека, связанная с базовыми ценностями и картиной мира. Стратегической задачей психологии здоровья является образование в сфере здоровья: учить быть здоровым через понимание и преобразование себя.

## **Psychosomatics and health psychology.**

*Vasilieva Olga, Ph.D.  
(Southern Federal University,  
Rostov-on-Don, Russia,)*

**Resume.** *In this paper the focus is on the influence of psychological factors on strengthening and improving the health of the body and soul. We consider the different levels of understanding of health and the impact on his ideas about themselves and the world.*

**Keywords:** *representation of the health of the body and the soul, understanding of themselves and the world, the principle of meaning and responsibility.*

# ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ КОСМИЧЕСКОЙ ПОГОДЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДОБРОВОЛЬЦЕВ В МНОГОШИРОТНОМ МОНИТОРИНГЕ

КОДОЧИГОВА А. И.,  
ПАРШИНА С. С.,  
САМСОНОВ С. Н.,  
КОТОВ А. Ф.

(Саратовский государственный медицинский университет  
им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия)

## Аннотация

*В результате многоширотного мониторинга, проводимого одновременно в арктических, субарктических и средних широтах для определения реакций психоэмоционального статуса при изменении космической погоды были проанализированы различия психологических особенностей личности у здоровых лиц, подверженных гелиогеофизическим влияниям и без них.*

**Ключевые слова:** *космическая погода, психологические особенности личности, многоширотный мониторинг.*

До сих пор не найдено полного ответа на вопрос – как и насколько связано здоровье человека и его психологическое состояние с изменениями геомагнитного поля и с активностью Солнца. Данное исследование проводилось в рамках многоширотного мониторинга (являющегося продолжением крупномасштабного международного проекта «Гелиомед»), проводимого одновременно в арктических (п. Тикси), субарктических (г. Якутск) и средних (г. Саратов) широтах для определения глобально и регионально обусловленных реакций психоэмоционального статуса и состояния сердечно-сосудистой системы человека при изменении космической погоды.

Цель исследования: анализ влияния гелиогеофизических показателей на психоэ-

моциональное состояние здоровых добровольцев в авроральных и субавроральных широтах.

**Объекты и методы.** С помощью тестов Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (для определения реактивной и личностной тревожности), Э. Хайма (для анализа построения стресс-преодолевающего поведения) и психометрического (позволяющего быстро определить тип личности и составить сценарий поведения человека в типичных ситуациях) в течение двух месяцев было обследовано 60 здоровых мужчин и женщин, средний возраст – 38,22 (29,02; 44, 79) лет. Уровень реактивной тревожности и Кр – индекс (интегральный показатель солнечной активности) отслеживались ежедневно, остальные тесты предъявлялись испыту-



емым в начале периода наблюдения. Все наблюдаемые лица были поделены на две группы: в 1-ю группу вошли добровольцы, у которых были выявлены совпадения максимальных пиковых значений реактивной тревожности и Кр-индекса, а во 2-ю группу – не имеющие подобных совпадений.

**Полученные результаты.** Было установлено, что добровольцы 1-й группы – нестабильные личности с полярными психологическими тенденциями, достигающими степени интрапсихического конфликта и низким адаптационным потенциалом, а представители 2-й группы – хотя и не лишённые некоторых противоречий, но – стабильные личности с высоким адаптивным потенциалом в стрессовых ситуациях.

**Заключение.** Данные результаты расширяют понимание причин низкой психологической адаптивности «метеозависимых» лиц, что необходимо учитывать при проведении персонализированной профилактики психосоматической патологии.

### **The first results of the assessment of the impact of space weather on the psycho-emotional state of volunteers in mnogoserijnom monitoring**

*Kodochigova A.I.,*

*Parshina S.S.,*

*Samsonov S.N.,*

*Kotov A.F.*

*(Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia)*

**Resume.** *As a result of monitoring in different latitudes (arctic, subarctic and medium) to determine the status of mental and emotional reactions when changing space weather, analyzed the differences of psychological personality traits in healthy people with heliogeophysical influence without them.*

**Key words:** *space weather, the psychological characteristics of personality, multi-latitudes monitoring.*

# ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ОСТЕОАРТРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ

АЛАБУТ А. В.,  
СИКИЛИНДА В. Д.,  
ЛУБЯНКО И. А.,  
ГОЛОВКО Р. Л.

(Ростовский государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*Проведено исследование пациентов с терминальной стадией гонартроза и коксартроза с целью обнаружить наличие психопатологических симптомов и возможную их корреляцию с длительностью заболевания. С помощью батареи психологических тестов выявлены деменция, тревога, депрессия и алекситимия, а также их корреляция с длительностью заболевания.*

**Ключевые слова:** *остеоартроз, тревога, депрессия, алекситимия.*

**Цель исследования** – оценить частоту психопатологической симптоматики у пациентов с терминальной стадией остеоартроза крупных суставов и установить взаимосвязь выраженности изменений с длительностью заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 83 пациента, 37 (45%) выполнено тотальное эндопротезирование коленного, 46 (55%) тазобедренного сустава. Критериями исключения было обнаружение у исследуемых пациентов признаков грубой психической патологии, патогенетически не связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата: F10-F19, F20-F29, F70-F79. Перед операцией у пациентов оценивали интеллект по шкале оценки тяжести деменции (MMSE), больных тестировали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), оценивали и из-

меряли алекситимию по Торонтской Алекситимической Шкале (TAS-26).

## Результаты.

Женщин было 58 (70%), мужчин – 25 (30%). Средний возраст больных составил  $63,82 \pm 10,39$  года. Средняя длительность страдания остеоартрозом у пациентов составила  $10,28 \pm 6,99$  лет, диапазон от 1 года до 33 лет. В результате исследования у всех пациентов с терминальной стадией остеоартроза коленных и тазобедренных суставов была выявлена та или иная психопатологическая симптоматика, индекс личного симптоматического дистресса PSDI был превышен более, чем вдвое. В структуре непсихотических психических расстройств лидировали соматизация – 72 (87%), тревожные расстройства – 35 (42%) и депрессии – 31 (37%). Обсессивно-компульсивные или навязчивые расстройства были выявлены у 30 (36%) пациентов, фобические – у 22 (27%), паранояльные – у 20 (24%), агрессивность – у 18 (22%), межличност-



ная сензитивность – у 16 (19%) больных. Общий индекс тяжести симптомов GSI составил –  $0,68 \pm 0,33$ , индекс личного симптоматического дистресса PSDI –  $1,60 \pm 0,35$ , индекс PST –  $38,06 \pm 14,14$ . Выявлено достоверное нарастание симптомов тревоги, депрессии и алекситимии с увеличением длительности заболевания. Когнитивные нарушения выявлены у 42% больных с остеоартрозом. Средний возраст пациентов увеличивался прямо пропорционально степени ухудшения когнитивных функций.

#### **Выводы.**

В результате исследования у всех пациентов с терминальной стадией остеоартроза коленных и тазобедренных суставов была выявлена та или иная психопатологическая симптоматика, индекс личного симптоматического дистресса PSDI был превышен более, чем вдвое. В структуре непсихотических психических расстройств лидировали соматизация – 72 (87%), тревожные расстройства – 35 (42%) и депрессии – 31 (37%). Выявлено достоверное нарастание симптомов тревоги, депрессии и алекситимии с увеличением длительности заболевания. Когнитивные нарушения выявлены у 42% больных с остеоартрозом. Средний возраст пациентов увеличивался прямо пропорционально степени ухудшения когнитивных функций.

Выявленные нарушения существенно осложняют течение реабилитации, снижают

комплаентность пациентов и ухудшают исходы хирургического лечения больных. Значимая доля психических нарушений у пациентов с остеоартрозом крупных суставов требует широкого внедрения в диагностику хорошо валидизированных тестов для скрининга психических отклонений и внедрения в клиническую практику психокоррекционной терапии.

### **Mental disorders in patients withosteoarthritis of large joints**

*Alabut A.V., M.D.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Sikilinda V.D., M.D.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Lubyanko I.A.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Golovko R.L.  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Resume.** *A study of patients with endstage gonarthrosis and coxarthrosis with a view to detect the presence of psychopathological symptoms and their possible correlation with disease duration. With the help of a battery of psychological tests revealed dementia, anxiety, depression and alexithymia, as well as their correlation with disease duration.*

**Keywords:** *osteoarthritis, anxiety, depression, alexithymia.*

# К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОГО ОБОЗНАЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

## Аннотация

*Сформулированы тезисы, обосновывающие актуальность поиска нового термина для обозначения психологического способа лечения соматических болезней и определяющие этот поиск. Рассмотрена совокупность терминов, обозначающих лечение телесного через психическое, показана их неточность, неполнота и наполненность неподходящими коннотациями. Предложены термины «психотелесная медицина» и «психомедицинская терапия».*

**Ключевые слова:** *психосоматика, психосоматическая терапия, терминология, семантика.*

Несмотря на обилие терминов, обозначающих психологическое лечение соматических заболеваний (конечно, значительная их часть включает слово «психосоматический»), вопрос об адекватном обозначении этой деятельности, по мнению автора, остается актуальным. В этом, а также в путях поиска более приемлемого термина автор исходит из следующих посылок.

1) Еще далеки от разрешения вопросы природы психосоматического взаимодействия, в том числе, вопрос о том, все ли соматические болезни можно относить к психосоматическим? Отсюда – достаточная неоднозначность, переопределенность слова «психосоматический».

2) Практика психологического лечения основывается на двух основаниях: а) идее психологической обусловленности генеза соматических болезней; б) возможности через психические действия и явления запустить

исцеляющие механизмы организма. Поэтому такая практика только в своей части (работа с психологическими причинами болезней тела) может определяться как «психотерапия». Опять же, в целом, «психосоматической» она может определяться только в смысле влияния психического на телесное в процессе исцеления, хотя главное понимание психосоматического в профессиональной среде связано с механизмами влияния психического на телесное в порождении болезней.

3) Работа по психологическому исцелению телесных заболеваний является по своей цели и сути – медицинской, по способам реализации – психологической.

4) Термин должен полно, широко, но одновременно и однозначно, не обременяя общий смысл нежелательными коннотациями, обозначать суть называемого им явления, процесса, действия. Если это – обозначение процесса воздействия, то обозначать и



«субъект» и «объект». Кроме того, из соображений перспектив его распространения в профессиональном сообществе, он должен быть кратким – не более двух слов.

Проводя анализ существующих терминов из вышеизложенных позиций, автор пришел к выводу о необходимости конструирования нового термина [1]. Опираясь на эти же позиции, автор предлагает форму «психотелесная медицина». (Эта форма представляется автору более подходящей, чем близкая ему по форме «медицина «разум – тело» из семантических и практических соображений.) Так же подходящим, по мнению автора, может служить термин «психомедицинская терапия».

Автор полагает, что распространение новых терминов в профессиональном сообществе поможет установлению отношения к обозначаемой деятельности как к медицинской по целям, психологической по средствам, и более широкой, чем собственно психотерапия. Что в свою очередь способствует как урегулированию существующих в психологическом и психотерапевтическом сообществе споров о правомерности лечения телесного через психическое, так и интеграции психологов и медиков в теории и практике лечения телесных заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Хайкин А. В. Психотелесная медицина и психомедицинская терапия. К вопросу об оптимальном терминологическом обозначении психологического способа лечения соматических заболеваний. // Психосоматические и интегративные исследования. – 2016. – N 1(3). – URL: <http://pssr.pro/articles/250> [дата обращения: 14.10.16]

### **To the optimization of terminology designation of a psychological method of treatment of somatic diseases.**

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

**Resume.** *Formulated theses, justifying the relevance of the search for a new term to refer to the psychological method of treatment of somatic diseases and identify this search. The set of terms denoting bodily treatment through the mental, showing their inaccuracy, incompleteness and fullness inappropriate connotations. The term «psychoeodily medicine» and «psychomedicine therapy».*

**Keywords:** *psychosomatics, psychosomatic medicine, terminology, semantics.*

# ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

ЯКОВЛЕВА Н. В.,  
(Рязанский государственный медицинский  
университет имени академика И. П. Павлова,  
Рязань, Россия)

## Аннотация

*Представлены результаты исследования формирования здоровьесберегающей деятельности личности в русле авторской концепции витальной метакомпетентности. Показана взаимосвязь формирования витальных компетенций с возрастными закономерностями формирования личности. На основании эмпирических данных выделены сензитивные периоды для формирования витальных компетенций.*

**Ключевые слова:** здоровьесберегающая деятельность, витальная метакомпетентность, сензитивные периоды, развитие личности.

Здоровьесберегающая активность – важнейший элемент жизнедеятельности личности. Формально, здоровьесбережение – инструментальный жизненный процесс. Он обеспечивает условия для реализации поставленных личностью целей. Как инструментальный процесс здоровьесбережение не имеет специфических средств реализации, не связан с развитием особых «здоровых» способностей. Умения и навыки, приобретенные человеком в течение жизни, свойства его личности влияют на длительность и продуктивность жизни человека в той степени, насколько они интегрированы в систему личного здоровьесбережения. Это объясняет, почему исследователям не удается обнаружить прямых личностных критериев здоровья. Содержательно, здоровьесбережение – это саморегуляционная активность человека. Предметом исследования является здоровьесберегающая деятельность – осознанное здоровьесбереже-

ние, целенаправленная активность личности по достижению оптимального уровня здоровья. Методологической основой психологического исследования здоровьесберегающей деятельности является метасистемный подход, разрабатываемый в научной школе А. В. Карпова.

Генез здоровьесберегающей деятельности личности разворачивается как последовательность стадий системной интеграции и метасистемной адаптации базовых процессов здоровьесбережения: мотивации, оценки состояния здоровья, формирования модели здоровья, здоровьесберегающих паттернов и процессов контроля результатов. Согласно, нашим экспериментальным исследованиям в развитии здоровьесберегающей деятельности можно выделить 7 этапов. Раскроем их содержание более подробно.

**1 этап** – симбиотический (примерно соответствует младенческому возрасту) характеризуется отсутствием субъектности



личности и необходимостью заботы о здоровье другими людьми.

**2 этап** – элементарного освоения (дошкольное и раннее школьное детство) связан освоением гигиенических и профилактических витальных компетенций. В наших исследованиях было выяснено, что модель здоровья дошкольника наиболее приближена к социально-одобряемой модели здоровья. Дети этого возраста, как правило, завышают оценку своему уровню здоровья, на веру принимают эффективность форм здоровьесберегающего поведения, не понимая механизмов их воздействия на состояние здоровья. В качестве примера приведу высказывание нашего испытуемого 5 лет, который негодуяюще воскликнул: «Мама, почему у меня заболело горло, я же почистил зубы!». В этот период активно формируется «образ угрозы здоровью»; в этом смысле период оптимален для традиционной профилактической работы, когда ребенку показывают пагубность и опасность вредных привычек (вспоминая, к примеру, про каплю никотина и несчастную лошадь...). Оптимальным периодом для первичной профилактической работы является младший школьный возраст, и мы активно разрабатываем программы формирования здоровьесбережения именно младших школьников.

**3 этап** – жизненного экспериментирования, представляет собой период противоречивого этапа формирования здоровьесберегающей деятельности и примерно соответствует подростковому возрасту. Бурное развитие телесности, повышение чувствительности в отношении эстетики тела приводит к осознанию недостаточности сформированных в детстве витальных компетенций. В этот период значительно возрастает вера в собственную неуязвимость и самоэффективность. Подросток может слушать информацию об угрозах здоровью, но не принимать это на свой счет: «Мне это точно не грозит». Образ опасностей вредных привычек и рискованных для здоровья поступков, сформированный на предыдущем этапе, теряет свою актуальность и воспринимается как давление общества. Этап связан со склонностью к экспериментированию над своим здоровьем и демонстрацией разрушительной авитальной активности.

При планировании коррекционной работы по развитию осознанного здоровьесбережения у этой возрастной группы нужно не запугивать страшными последствиями вредных привычек, а предлагать новые здоровьесберегающие паттерны, повышающие социальный статус подростка.

**4 этап** – бытовой автономизации примерно соответствует юности и ранней зрелости и характеризуется сменой ведущих институтов социализации, отрывом от родительской семьи, новым опытом бытовой самостоятельности, активным формированием самосознания субъекта. Особенности этапа представлены в исследованиях индивидуальных моделей здоровья и метапроцессов здоровьесбережения студентов. Характерным является снижение самооценки своего здоровья по сравнению с подростками, актуализация образа опасности уже с учетом личного опыта и формирование устойчивого (позитивного или негативного) отношения к проблемам здоровьесбережения. Для формирования ЗОЖ более актуальной становится не групповая, а индивидуальная работа с опорой на индивидуальное понимание смысла жизни и осознание жизненной стратегии.

**5 этап** – трансляции витального опыта в родительство. Критерием выделения этапа выступает создание семьи, рождение детей и необходимость заботы о них. Сформированные к этому времени витальные компетенции транслируются в организацию здоровьесберегающей среды в семье. В то же время остаются актуальными задачи персонального здоровьесбережения. Наши гендерные исследования показали, что социальные представления о материнстве основаны на стабилизации роли женщины как организатора здоровьесберегающей среды в семье. Иными словами с ролью матери идентифицируется тот человек, который не просто осуществляет уход, но организует заботу о здоровье ребенка. Это объясняет, например, социально-психологические причины остроты конфликтов близких в оставлении методов помощи больному ребенку. В отдельном исследовании мы изучали материнскую идентификацию женщин, которая совмещают курение и грудное вскармливание. Такие женщины, как правило, осознают пагубность курения, но продолжают курить,



зная, что это вредит ребенку. В большинстве случаев у них наблюдается дефицит материнской идентификации данной женщины в семейной системе.

**6 этап** – зрелого витального опыта. Большинство людей на этом этапе начинают осознавать проблемы со здоровьем. Возрастает мотивация здоровьесбережения, но самооценка здоровья и самоэффективность здоровьесбережения снижаются. Образ угрозы и эталоны здоровья в значительной мере размываются и перестают играть главную роль. Здоровьесберегающая деятельность все больше индивидуализируется, у многих людей снижается вера в медицинскую помощь и возрастает частота выбора немедицинских (иррациональных) способов здоровьесбережения. Наше исследование моделей здоровья показывает, что в возрасте после 40 лет мистические модели здоровья демонстрируются испытуемыми значительно чаще, чем на предыдущих этапах.

**7 этап** – угасания возможностей здоровьесбережения не обязательно связан со старческим возрастом – скорее, с функциональным состоянием человека. Здоровьесберегающая деятельность осуществляется на фоне системных сбоев в работе организма и периодических или постоянных болей. Здоровьесберегающая деятельность становится основной формой жизненной реализации личности. Исследование здоровьесберегающей деятельности на этом этапе связано с проблемами формирования терапевтического комплаенса и приверженности пациента лечению. Процессы укрепления и сохранения здоровья теряют свою специфику и соотносятся с общей жизненной стратегией, нежели здоровьесбережением: общая жизненная мотивация и оптимизм. В здоровьесберегающем поведении

на первый план выходят не самостоятельно выбранные программы управления здоровьем и регуляции, а коммуникативные и исполнительские образцы взаимодействия с врачом как посредником в процессе поддержания приемлемого уровня здоровья. Важной проблемой становится доверие врачу. В целом, здоровьесберегающая деятельность в условиях тяжелого соматического заболевания – тема отдельного исследования.

Предложенные этапы развития здоровьесберегающей деятельности личности неразрывно связаны между собой и вплетены в общие процессы личностного созревания и социализации. Тем не менее, они имеют свою оригинальную специфику, связанную с характером осваиваемой деятельности. В настоящее время мы продолжаем изучение отдельных этапов и разрабатываем программы тренингов здоровьесбережения для разных возрастных групп.

### Formation of health-activity at different stages of socialization

*Yakovleva Natalia V., Ph.D.  
(Ryazan State Medical University  
named after academician  
I.P. Pavlov, Ryazan, Russia)*

**Resume.** *The article discussed the formation of health-research activities in line with the personality of the author's concept of vital metacompetence. The relationship formation vital competencies with age laws of formation of the person has been demonstrated. Based on empirical data were identified sensitive periods for the formation of vital skills.*

**Keywords:** *health-research activities, vital metacompetence, sensitive periods, personal development.*

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ

---

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ФЕНОМЕНА ПЛАЦЕБО

АНОХИН М. С.  
(Ростов-на-Дону, Россия)

### Аннотация

*Исследованы тенденции и направления изучения феномена плацебо в российской и зарубежной научной литературе.*

**Ключевые слова:** плацебо, психосоматика.

Появление новых научных данных в области исследования эффекта плацебо и малое количество публикаций на русском языке определило актуальность данной работы. Задачей исследования было провести качественный анализ научных публикаций и выявить направления основных тенденций исследований в этой области знаний. Проведенное нами ранее [1] изучение 97 печатных работ позволило разделить все публикации по следующим разделам: теоретические модели плацебо; исследование психологических условий возникновения плацебо; исследование физиологических механизмов реализации плацебо.

Имеющиеся на сегодняшний день модели плацебо описывают или только частные случаи, например, нейро-биологическая модель анальгетического плацебо-эффекта, или описывают схему плацебо очень обще. Ни одна из представленных в литературе теоретических моделей не описывает, что именно происходит на психическом и физиологическом уровне при реализации плацебо-эффекта.

При исследовании психологических условий возникновения плацебо наибольший интерес вызывают изучение условно-рефлекторного механизма запуска плацебо и запуск плацебо-эффекта через обучение



посредством наблюдения за людьми, которым стало лучше после приема лекарства или плацебо. При исследовании реализации плацебо-эффекта через обучение обнаружена прямая зависимость между уровнем эмпатии обучаемых и развитием у них положительного плацебо эффекта. В нескольких исследованиях авторы подтверждают, что ожидание и предвкушение положительных результатов от проведенных или предстоящих процедур, приема препаратов способствуют возникновению плацебо. В тоже время ожидание негативных эффектов может вызвать эффект ноцебо. Установлено, что наличие у врача таких качеств как надежность и сострадание способствуют развитию плацебо у пациента. Обнаружено участие не только когнитивных, но и бессознательных механизмов при реализации плацебо эффекта. Так же выявлены механизмы взаимосвязи развития плацебо с уровнем негативных эмоций пациентов, таких как тревога и страх.

При исследовании физиологических механизмов реализации плацебо установлен нейро-физиологический субстрат реализации плацебо-эффекта при обезболивании, можно сказать, создана карта областей головного и спинного мозга, задействованных в развитии и реализации плацебо. Установлена нейробиологическая последователь-

ность зарождения и реализации анальгетического плацебо-эффекта.

Исходя из анализа материала, автор полагает, что в дальнейших исследованиях, феномен плацебо будет использоваться как модель для изучения взаимодействия между психикой и телом. Будут предприняты попытки разработать способы вызывания плацебо эффекта в лечебных целях.[1]

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин М.С. Экспериментальные и теоретические исследования эффекта плацебо. Обзор.// Психосоматика и саморегуляция. – 2015. №1. – С. 20-30. – URL: <http://journall.pro/pdf/1427113398.pdf> [дата обращения: 01.10.16]

### **The current state of the placebo phenomenon research.**

*Anokhin M. S.  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Resume.** Article on the main trends and tendencies of the study of the placebo phenomenon, based on the analysis of Russian and foreign scientific articles.

**Keywords:** placebo, psychosomatics.

# ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ С ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СЧАСТЬЕ

ВАСИЛЬЕВА О. С.,  
ГАУС Э. В.  
(Южный Федеральный университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*Счастье, благополучие, удовлетворение – это смежные понятия, которые относятся к субъективному переживанию человеком ситуаций его жизни. В данном исследовании речь идет об изучении взаимосвязи между уровнем алекситимии и особенностями представлений о счастье. Исследование позволило уточнить и дополнить знания о том, как люди с алекситимической структурой личности воспринимают и переживают счастье – для них оно представляется в большей мере направленным на практические цели и не связано с переживанием положительных эмоциональных состояний.*

**Ключевые слова:** алекситимия, представления о счастье, удовлетворенность жизнью, субъективное благополучие.

Счастье является важным и актуальным предметом психологического исследования. Как показано частью исследователей этого вопроса, счастье – это базовая человеческая ценность, счастье с точки зрения его влияния на общий характер отношения человека к себе, окружающей реальности и жизни в целом оказывает сильное, если не решающее влияние на все жизненные планы человека [1, 2, 4].

Целью нашего исследования было изучение взаимосвязи между уровнем алекситимии и особенностями представлений о счастье. В исследовании принимали участие респонденты в возрасте от 18 до 30 лет (студенты магистратуры Академии психологии и педагогики, а также слушатели спецификальностей переподготовки и повышения квалификации на базе Академии психологии и педагогики ЮФУ) в количестве 100 человек (женщины составили 72% респондентов, мужчины – 28%). Методический инструментарий данного исследования составили: Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАШ)

созданная Г. Тэйлором с соавторами и эссе в свободной форме «Что для меня является счастьем» для выявления представлений о счастье и их особенностей при разных уровнях проявления алекситимии. Для компьютерной обработки эмпирически полученных данных использовались стандартные статистические методы и программа «SPSS Statistics 21».

Анализ уровня алекситимии среди респондентов показал, что 7% респондентов обладают высоким уровнем алекситимии, то есть, имеют серьезные трудности с определением и описанием собственных чувств, 30% средним уровнем выраженности алекситимических черт, и 63% низким уровнем алекситимии, то есть им легко идентифицировать и выражать свои эмоции и чувства. Испытуемым предлагалось написать определение счастья, каким оно является именно для них, в свободной форме. Для проверки гипотезы о том, что респонденты с разным уровнем алекситимии имеют различные представления о сча-



стве, был проведен контент-анализ их определений счастья, где респонденты должны были описать, что счастье значит именно для них. По результатам контент-анализа и статической обработки полученных данных выяснилось, что люди с высоким уровнем алекситимии существенно отличаются по встречаемости таких категорий представлений о счастье как «положительные эмоции», «саморазвитие», они встречаются реже, чем у групп со средним и низким уровнем алекситимии. Напротив, индикаторы категорий «работа, досуг», «социальный статус» встречаются значительно чаще, чем у групп со средним и низким уровнем алекситимии.

Исследование позволило уточнить и дополнить знания о том, как люди с алекситимической структурой личности воспринимают и переживают счастье. Так как у алекситимиков главной проблемой являются сложности с пониманием, называнием и выражением своих чувств, то легко объяснимо, что категория «положительные эмоции» гораздо слабее представлена в ответах людей с высоким уровнем алекситимии. Они мало переживают такие чувства и соответственно мало о них говорят и пишут. Ориентированность алекситимиков на прагматичное мышление, а также склонность к нормативному, одобряемому извне поведению позволяет объяснить то, что для людей с высоким уровнем алекситимии оказалось более характерно связывать счастье с высоким социальным статусом и успешностью в выполняемой деятельности. Слабые навыки рефлексии могут объяснить низкую частоту встречаемости у людей с высоким уровнем алекситимии представления о счастье, как о саморазвитии [3].

Данные, полученные в работе, важны для педагогической и психологической практики, особенно результаты нашего исследования будут полезны практикующим психотерапевтам, непосредственно встречающимся в своей работе с алекситимическими клиентами. Кроме того, полученные данные могут быть полезны и для клинических психологов, работающих с психосоматическими пациентами, для лучшего понимания их психологических особенностей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева О.С., Гаус Э.В., Омелечко С.С. Представления о счастье в связи с гендерной идентичностью у женщин разных возрастных групп // Северо-Кавказский психологический вестник. — 2015. — №1. — 5–9.
2. Гапонова С.А., Сальникова И.В. Представления о счастье современных студентов – юношей и девушек // Вестник Вятского государственного гуманитарного ун-та. — 2013. — № 2 (3). — С. 151–154.
3. Есин Р.Г., Горобец Е.А., Галиуллин К.Р., Есин О.Р. Алекситимия - основные направления изучения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2014. — №114(12) . — С.148–151.
4. Левит Л. З., Радчикова Н.П. Личностно-ориентированная концепция счастья: теория и практика // Национальный психологический журнал. — 2012. — №2.— С.81–89.

### Interrelation of level of alexithymia and models of happiness-image

Vasilieva Olga, Ph.D.,  
(Southern Federal University,  
Rostov-on-Don, Russia),  
Gaus Emma V,  
(Southern Federal University,  
Rostov-on-Don, Russia,)

**Resume.** *Happiness, well-being, satisfaction – is related concepts that relate to the subjective experience of a person of his life situations. In this study, we are talking about the study of the relationship between the level of alexithymia and the characteristics of happiness. The study allowed us to refine and add to knowledge about how people with such kind of personality structure perceive and experience happiness – for them, it seems increasingly aimed at the practical purpose and is not associated with the experience of positive emotional states.*

**Keywords:** *alexithymia, models of happiness-image, satisfaction with life, subjective wellbeing.*

# О ХОЛИСТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КУДАЕВ А. Е.,  
ЗАМЛЕЛАЯ И. В.,  
ХОДАРЕВА Н. К.  
(Россия, Ростов-на-Дону)

## Аннотация

*В докладе изложен холистический подход к оценке состояния организма человека, основанный на трудах Гиппократ, Ганемана, Галена, Кента и др. выдающихся врачей, позволяющий определить уровень и степень поражения организма, а также подобрать длительность терапии и необходимую интенсивность воздействия.*

**Ключевые слова:** *здоровье, уровни функционирования организма, развитие патологического процесса, методы лечения, гомеопатия, миазмы.*

Всемирная организация здравоохранения дав определение здоровью обозначила не только уровни функционирования организма, но и напомнила о необходимости рассматривать человека как единое целое. Гиппократ предложил два подхода к лечению заболеваний: «подобное лечится подобным» и «противоположное лечится противоположным». Ганеман обнаружил последовательность в развитии заболевания и предложил концепцию развития патологического процесса [4]. Совмещение вышеуказанных знаний позволили сформировать график развития заболевания [2, 3] для выбора наиболее оптимальной тактики лечения у конкретного пациента (рис. 1).

Если пациент находится в правой части графика развития заболевания, то у него преобладают процессы разрушения, которые могут выражаться в разрушительных, молниеносно возникающих болезнях, в потере контроля над эмоциями, непредсказуемом поведении. У пациента мало сил и ему могут быть предложены только условно-положительные виды терапии и лекарственных препаратов, которые компенсируют патологическое состояние. На этой стадии развития заболевания противопоказана такая психотерапия, которая

направлена на выявление проблемных точек, вскрытие проблем, т.к. у него нет ресурсов для их решения, он не готов в прямую соприкоснуться со своими страхами, тревогами, гневом и травматичными воспоминаниями.

Если пациент находится в центре, ближе к правой стороне, графика развития заболевания, у него преобладают процессы недостатка: недостаток функции той или иной системы, дефицит воли [1]. На этой стадии развития заболевания необходимо применение только условно-положительных препаратов. При неправильном подходе к лечению данного пациента он легко переходит в правую часть графика развития заболевания и появляются процессы деструкции.

Если пациент находится в центре, ближе к левой стороне, графика развития заболевания, то у него преобладают процессы накопления, наблюдаются различные страхи. Он желает больше, чем ему нужно, накапливает материальные блага. На этой стадии развития заболевания возможно применение условно-отрицательных препаратов.

Если пациент находится в левой части графика развития заболевания, то у него много сил и для него эффективны услов-



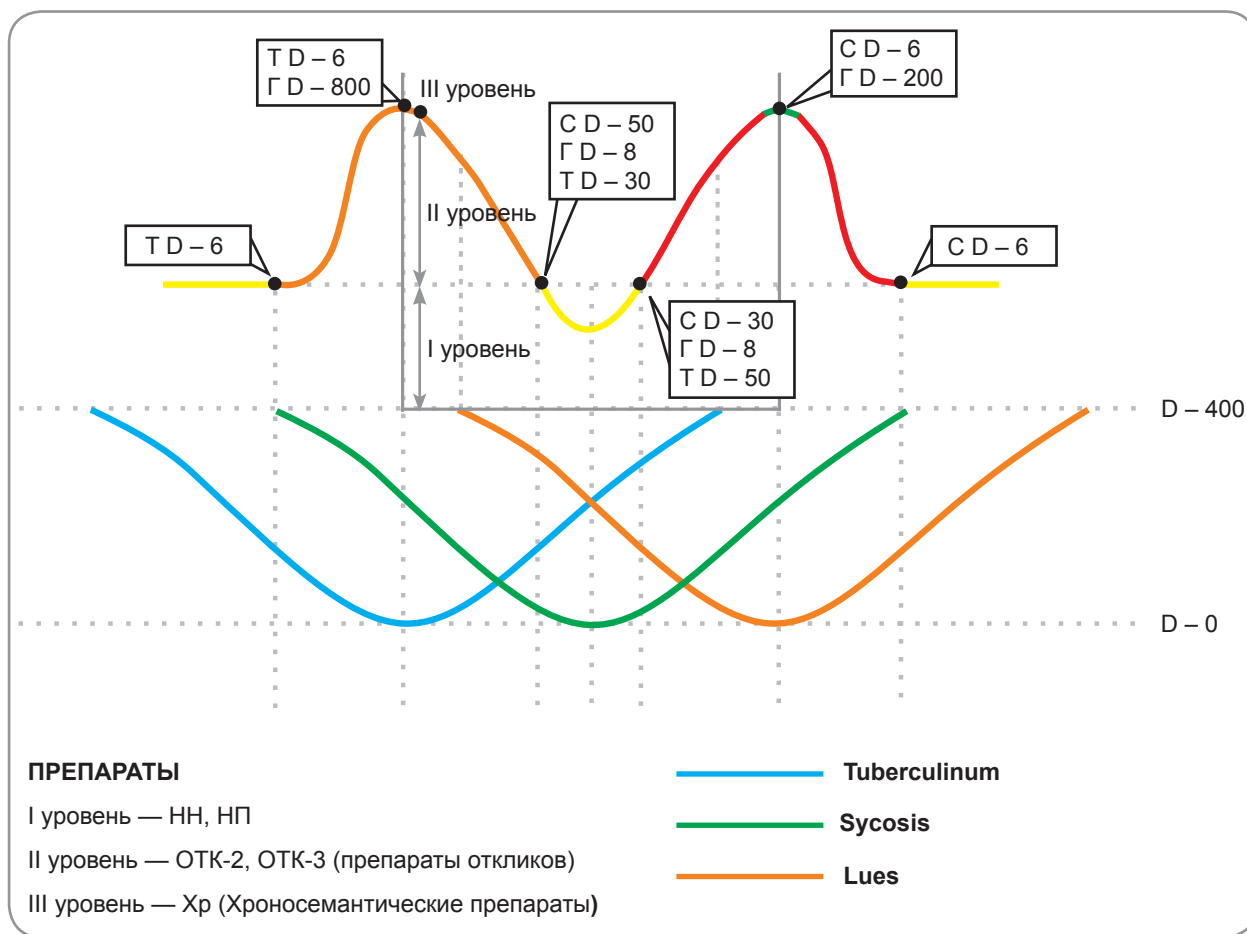


Рис. 1. Развитие заболевания

но-отрицательные виды терапии. У таких людей преобладают функциональные нарушения, высокая тревожность, раздражительность. У человека избыток сил, с помощью которых он может и готов справиться с появившимися проблемами и заболеваниями, а также разрешить глубинные личностные проблемы.

Законы организации и функционирования организма диктуют необходимость целостного подхода к терапии пациента, с учетом его особенностей, воздействуя на все уровни одновременно, что достигается использованием аппаратных возможностей биорезонансной терапии, знаний классической гомеопатии, периодической системы химических элементов Д.И. Менделеева в трактовке Ревичи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Виджейкар, Прафулл Прогнозирующая гомеопатия. Часть III. Окончательное пред-

ставление о Миазмах. М.: Гомеопатическая Медицина, 2006 – 280 с.

2. Кудяев А.Е., Замлелая И.В., Ходарева Н.К. Холистический подход к лечению заболеваний // Психосоматика и саморегуляция — 2016, 1(5) 2016. — С. 17-22

3. Кудяев А.Е., Мхитарян К.Н., Ходарева Н.К. Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия. — Ростов н/Д: Издательство СКНЦ ВШ ЮФУ АПСН, 2010. — 376 с.

4. Органон рациональной [разумной] медицины С. Ганемана. Дрезден, 1810. Органон врачебного искусства [врачевания]: 2 изд. — 1819; 3 изд. — 1824; 4 изд. — 1829; 5 изд. — 1833 [6 изд. — подготовлено автором, но издано на англ. яз. в 1921 г.]. (На русский язык переведены 4, 5, 6 издания: 4 — в 1835 г., 5 — в 1881 г. врачом В. Сорокиным, 6 — в 1992 г. д-ром А. В. Высочанским.)

### **About a holistic approach to disease treatment**

*Kudaev Alexander E., Russia,*

*(Russia, Rostov-on-Don)*

*Zamlelaya Irina V., M.D.*

*(Russia, Rostov-on-Don)*

*Khodareva Nina K., M.D.*

*(Russia, Rostov-on-Don)*

**Resume.** *This article describes a holistic approach to assessing the state of the human*

*body, based on the writings of Hippocrates, Hahnemann, Galena, Kent et al. of outstanding physicians, allowing determining the level and degree of damage to the body, as well as selecting the required duration of treatment and the intensity of exposure.*

**Keywords:** *health, levels of the body's functioning, the development of the pathological process, therapies, homeopathy, miasma.*

# РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВРАЧЕЙ

КОШАНСКАЯ А. Г.  
(Адыгейский государственный университет,  
г. Майкоп, Россия)

## Аннотация

*Профессиональный труд врачей отличается высокой эмоциональной нагрузкой, повышенной ответственностью за свои действия и за действия больных, как следствие, способствует развитию профессионального стресса, который влияет на здоровье и проявляется широким спектром психосоматических расстройств, что предполагает необходимость активных усилий, направленных на современную диагностику синдрома профессионального «выгорания» и разработку методов коррекции и предупреждения.*

**Ключевые слова:** *врачи, профессиональный стресс, эмоциональное истощение, редуцирование профессиональных достижений, соматические заболевания.*

Профессиональный стресс или синдром профессионального выгорания возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них и представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления. Его рассматривают как многомерный феномен, выражающийся в психических и физиологических реакциях на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности врачей, при этом негативные последствия профессионального стресса проявляются в виде возникновения у них соматических заболеваний. Как отмечает Н.Е. Водопьянова, по существу, профессиональный стресс проходит три стадии общего адаптационного синдрома по Г. Селье [3]: напряжение, резистенцию и истощение. С целью анализа качества жизни и здоровья врачей на базе ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница» было проведено обследование 58 врачей имеющих различную степень выраженности профессионального стресса.

Из них 25 врачей терапевтических и 33 врача хирургических специальностей. Наиболее высокие значения профессионального стресса были выявлены для фазы резистенции, которая сформирована либо формируется у 81% респондентов, что указывает на неудовлетворенность врачей, работающих в стационаре, собственной жизнью и эмоциональную неустойчивость, сопровождающуюся чувством страха и тревоги, которые чаще проявляются у врачей терапевтического профиля. Врачи не могут управлять своими эмоциями и настроением, что как следствие ведет к снижению качества жизни, которое проявляется в виде ухудшения общего состояния здоровья, снижения физической активности и жизнеспособности, снижения жизненного тонуса, настроения, социальной активности и психологического здоровья. Негативное влияние на качество жизни врачей оказывают чрезмерная ответственность за здоровье и жизнь пациента, подразумевающая быстроту действий при оказании экстренной помощи, возможные



недовольства, жалобы, угрозы со стороны пациентов и их родственников по поводу несвоевременного и некачественного оказания медицинской помощи и связанный с этим административный гнет. Проблемы зажимают мышцы и суставы, появляется тремор, судороги и боли. Врачи отмечают, что их мозг настолько загружен и перевозбужден, что не может расслабиться и при этом они боятся потерять контроль над ситуацией даже на время сна, что приводит к хронической бессоннице. Врачи отмечают у себя наличие различных хронических соматических заболеваний психосоматического спектра с развитием с сердечно-сосудистых осложнений. Многие врачи, особенно хирургического профиля, связывают повышение артериального давления с чрезмерной тревожностью или сдерживанием гнева. Перепады артериального давления, вызванные выбросом адреналина, могут временно ухудшить зрение, может появляется ощущение «приглушенного света», которое сопровождается учащенным сердцебиением и сильным покраснением лица. Врачи в 58% случаев страдают от болезней желудочно-кишечного тракта. Ежедневно находясь в стрессовом состоянии, пищеварительная система врачей как будто «отключается»: организм мобилизует все силы на борьбу со стрессом, появляется тошнота, синдром раздраженного кишечника, воспаления двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди проблем дыхательной системы врачи отметили ощущение «кома в горле», «невозможность сделать глубокий вдох», «неспособность сглотнуть», даже уже лежа в кровати. На фоне развивающихся психосоматических болезней немало врачей страдают ипохондрическим расстройством и начинают искать у себя смертельные болезни.

Таким образом, профессиональный стресс оказывает влияние на развитие соматических заболеваний у врачей, что снижает эффективность и качество их работы, что, в свою очередь, предполагает необходимость активных усилий, направленных на современную диагностику этого синдрома и разработку методов его коррекции и предупреждения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Винокур В.А.* Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях / В.А. Винокур. — СПб.: изд-во СПбГУ, 2009. — 22 с.
2. *Винокур В.А.* Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: учебное пособие / В. А. Винокур. — СПб.: СпецЛит, 2015. — 191 с.
3. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2005. — 184 с.
4. *Леонова А.Б.* Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции / А. Б. Леонова // Психологический журнал. — 2004. — Т.25. — № 2. — С. 75–85.

### **Influence of the professional stress on development somatic diseases at doctors**

*Koshanskaja A.G.*  
(*Maykop, Russia*)

**Resume.** *Professional work of doctors is distinguished by high emotional loading, the increased responsibility for the actions and for actions of patients, as a result, promotes development of a professional stress which their health influences and is shown by a wide range of psychosomatic frustration that assumes need of the active efforts directed on modern diagnostics of a syndrome of professional «burning out» and development of methods of correction and the prevention.*

**Keywords:** *doctors, professional stress, emotional exhaustion, reduction of professional achievements, somatic diseases.*

# ХОЖДЕНИЕ ПО МУКАМ: ЧАСТЬ I, ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ (НА ПРИМЕРЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ)

КРЮЧКОВА М. Н.,  
ЛУБЯНКО И. А.

(Ростовский государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В докладе описывается синдром хронической тазовой боли, его этиология, частота встречаемости при различной патологии, а также роль психопатологических синдромов и расстройств, имеющих точно такую же клиническую картину. Предложены критерии дифференциальной диагностики для распознавания истинной картины патологии.*

**Ключевые слова:** синдром хронической тазовой боли, депрессивное расстройство.

Не смотря на успехи современной медицины, в настоящее время сохраняется довольно большое количество больных, страдающих упорной, мучительной, изнуряющей хронической болью. Особенно велик удел больных с хроническими тазовыми болями — по данным некоторых авторов, до 15% больных, обращающихся к урологам. В ряде случаев у этих больных выявляется урологическое или неврологическое заболевание, у остальных больных речь (до 60%) речь идет о так называемом урологическом синдроме хронической тазовой боли (СХТБ), при котором даже скрупулезное обследование тончайшими методами диагностики не выявляет какой-либо органической патологии (ни инфекционного, ни воспалительного, ни опухолевого, ни неврологического генеза).

В большей части работ, посвященных изучению СХТБ, исследователями выявляются признаки депрессии, сопутствующей этому недугу (J. Quentin Clemens et al, 2008 г.). В отечественной и зарубежной литературе обсуждаются три возможных механизма

взаимосвязи боли и депрессии: длительно существующий болевой синдром приводит к развитию депрессии; депрессия предшествует возникновению боли и нередко выступает ее первым проявлением; депрессия и боль развиваются независимо друг от друга и существуют параллельно [1]. Депрессия рассматривается также важнейшим предрасполагающим фактором для развития СХТБ и трансформации эпизодических болей в хронические [2]. В тоже время длительно существующий болевой синдром, приносящий больному страдания, в свою очередь, способствует углублению депрессивных и других эмоциональных расстройств.

Причем следует подчеркнуть, что выявляемые депрессии при СХТБ, как и при любой другой хронической боли, являются депрессиями маскированными или соматизированными, при которых в клинической картине на первое место выходят различные соматические проявления (боли, вегето-висцеральные нарушения, расстройства сна, нарушения в сексуальной сфере), ма-



скирующие основной симптом депрессии — сниженное настроение, и представляющие собой довольно трудно распознаваемую нозологию.

Очевидно, что депрессия является важнейшим компонентом многих хронических болевых состояний и требует лечения.

Учитывая, что доминирующими жалобами у таких пациентов будут являться жалобы на боли в области мочевого пузыря, простаты, мочеиспускательного канала, учащение и затруднение мочеиспускания, в подавляющем большинстве случаев они не попадают в поле зрения психиатров, а обращаются к урологам, не находя облегчения; зачастую психологизируют имеющиеся проблемы, поэтому ищут помощи у психотерапевтов и психологов, а так как в основе проблем лежит аффективное расстройство — депрессия, то и психотерапевтические сессии мало облегчают состояние и боли сохраняются. Усугубляет ситуацию и то, что больные, страдающие соматизированными депрессиями, особенно их сенесто-алгическими вариантами, часто являются алекситимичными — затрудняются определить и вербализовать свое психо-эмоциональное состояние, поэтому выявление симптомов аффективного расстройства представляет затруднения в данном случае.

Таки образом, является важным уметь выявлять скрытые депрессии не только врачам-психиатрам, психотерапевтам, но клиническим психологам, а также психологам, практикующим психотерапию.

Безусловно, основным методом диагностики депрессий является клиничко-психопатологический метод, который требует определенных узко специфических знаний и навыков, однако для выявления маскированных депрессий психологам, психотерапевтам предлагается не только проведение беседы, позволяющей выявить данную нозологию, но и заполнение несложных тестов и опросников:

- шкала тревоги Гамильтона (HAMА)
- шкала депрессии Гамильтона (HAMD)
- Торонтская алекситимическая шкала (TAS) [3]

Также предлагаются критерии, согласным которым в ходе беседы с пациентом можно выявить признаки депрессивного расстройства, даже если они маскируются выраженным СХТБ: 1) обилие упорных и разнообразных соматовегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни; 2) отсутствие органического заболевания или когда последнее не может объяснить характер и выраженность болевого синдрома, а так же несоответствие выявленных изменений жалобам больного; 3) причудливость или аморфность в описании характера и локализации боли, часто затруднение в описании характера боли (сенестопатии); 4) длительность боли более 3-х месяцев; 5) расстройства витальных функций (сна, аппетита, либидо, менструального цикла); 6) суточные колебания самочувствия (как правило, усиление интенсивности боли в ночные и предрассветные часы с улучшением к вечеру) [4].

Данные методики просты, занимают немного времени, но позволяют заподозрить и помогают диагностировать скрытые депрессии, а значит такая сложная категория больных может получить адекватную помощь, избавить их от страданий и значительно улучшить качество их жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Brain Functional and Anatomical Changes in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Melissa A. Farmer, Mona L. Chanda, Elle L. Parks, Marwan N. Baliki, A. Vania Apkarian and Anthony J. Schaeffer// THE JOURNAL OF UROLOGY Vol. 186, 117-124, July 2011. — P. 117-124.

2. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men — A systematic review □ Björn Riegel, Christian A. Bruenaha, SaschaAhyai, UlrikeBingel, MargitFisch, Bernd Löwe // Journal of Psychosomatic Research 77 (2014) 333–350

3. Клиническая психометрика. Учебное пособие под ред. д.м.н. В.А. Солдаткина. Ростов-на-Дону, изд-во РостГМУ, 2015 г., — 312 стр.



4. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа. Учебник под ред. д.м.н. В.А. Солдаткина. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. - Ростов-на-Дону, Профпресс, 2016. — 1078 с.

**THE ROAD TO CALVARY:  
part I. Theoretical.  
(For example, chronic pelvic pain)**

*Kryuchkova M. N.  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Lubyanko I. A.,  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Resume.** *The report describes the chronic pelvic pain syndrome, its etiology, incidence for different pathologies, as well as the role of psychiatric syndromes and disorders that have exactly the same clinical picture. Criteria for the recognition of the differential diagnosis of a true picture of the pathology.*

**Keywords:** *chronic pelvic pain syndrome, depressive disorder.*

# ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИЕЙ ЛИЧНОСТИ

ОЛЕНКО Е. С.,  
ДЕЕВА М. А.,  
КИРИЧУК В. Ф.

(ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Минздрава России,  
Саратов, Россия)

## Аннотация

*Результаты исследования центральной и регионарной гемодинамики у здоровых мужчин молодого возраста с психосоматической предрасположенностью личности выявили преобладание у них сосудистого компонента в регуляции кровообращения на фоне гипокинетического типа центральной гемодинамики, наличие дистонии сосудов распределения в области внутренних сонных артерий и умеренную асимметрию кровенаполнения между бассейнами внутренних сонных и вертебро-базиллярных артерий.*

**Ключевые слова:** психосоматика, гемодинамика, здоровые мужчины.

Функциональное состояние кровообращения рассматривается в медицине как универсальный индикатор адаптационно-приспособительных возможностей организма и его стрессоустойчивости при болезнях адаптации. В связи с этим большой интерес вызывает изучение центральной и регионарной гемодинамики, у практически здоровых лиц с психосоматической предрасположенностью личности (ППЛ), что явилось **целью настоящей работы.**

**Объекты и методы исследования.** Обследовано 45 здоровых мужчин молодого возраста, 20 из которых имели ППЛ и 25 человек без ППЛ. Средний возраст, всех обследованных составил  $26,6 \pm 0,9$  лет. О ППЛ судили по наличию: 1) «конверсионной пятерки», когда шкалы «невротической триады» СМОЛ имеют вид римской цифры «V»; 2) повышения личностной тревожности более 46 баллов; 3) преобладания среди механизмов психологических защит вытесне-

ния, замещения с соматизацией аффекта; 4) «алекситимического» типа личности (более 74 балла). Особенности гемодинамического гемостаза изучали с помощью многофункционального аппаратно-программный комплекса Рео-Спектр-3, производства ООО «НейроСофт» (Россия).

**Полученные результаты** показали, что у здоровых мужчин молодого возраста без ППЛ преобладал эукинетический, а у мужчин с ППЛ – гипокинетический тип центральной гемодинамики ( $p \leq 0,05$ ). Кроме того, у последних наблюдалось усиление сосудистого компонента регуляции кровообращения вследствие повышенного сосудистого тонуса. Исследование мозгового кровотока показало, что у мужчин с ППЛ и без неё при фоновой записи преобладает норморезистивный тип реоэнцефалограммы. Однако при проведении функциональной пробы с изменением положения головы у 18 (90,0%) мужчин с ППЛ выявляются изменения дисто-



нического характера, а именно снижение тонуса крупных артерий в бассейнах правой и левой внутренних сонных артерий при сохранении нормального венозного оттока во всех бассейнах ( $p \leq 0,04$ ). Кроме того, между бассейном внутренних сонных артерий и вертебро-базиллярной областью выявляется умеренная асимметрия кровенаполнения. Результаты данного исследования помогают понять неэффективность некоторых вазоактивных препаратов, используемых для улучшения мозгового кровообращения у психосоматических пациентов с полиорганной симптоматикой. Неадекватная реактивность сосудов головного мозга и дисрегуляция механизмов межбассейнового перераспределения церебрального кровотока при приеме данных препаратов, способствует еще большему его перераспределению и развитию ишемизации мозга.

**Вывод.** У здоровых мужчин молодого возраста с ППЛ на фоне гипокинетического типа центральной гемодинамики имеет место преобладание сосудистого компонента в регуляции кровообращения, наличие дистонии сосудов головного мозга и умеренной асимметрии кровенаполнения между бас-

сейнами внутренних сонных и вертебро-базиллярных артерий.

### **Features hemodynamics in healthy men with psychosomatic predispozitciej personality**

*Olenko E. S., MD,  
Deeva M. A., MD,  
Kirichuk V. F., MD,  
(Saratov State Medical University  
n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia)*

**Resume.** *Central and regional hemodynamics results of the study in healthy men younger with psychosomatic pre-disposition personality revealed the predominance of their vascular component in the regulation of blood flow in the background hypokinetic type of central hemodynamics, the presence of dystonia distribution of vessels in the area of the internal carotid arteries and moderate asymmetry blood supply between the basins of the internal carotid and vertebra-basilar arteries.*

**Keywords:** *psychosomatics, hemodynamics, healthy men.*

# ТЕЛЕСНОСТЬ И ЭКЗИСТЕНЦИЯ: ОПЫТ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ПРАВДИНА Л. Р.  
(Южный Федеральный университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В докладе охарактеризована проблема телесности как современного направления психологических исследований; представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи телесности и экзистенции.*

**Ключевые слова:** телесность, экзистенция, смыслы, способность, адаптационные процессы, здоровье.

Проблематика телесности является сегодня одной из самых востребованных в целом пуле гуманистических направлений: социологии и психологии, лингвистике и культурологи, философии и педагогике. Телесно-ориентированные подходы в психокоррекции становятся все более популярны благодаря их несомненной эффективности, телесность изучают в ведущем вузе страны — в МГУ, на кафедре нейро- и патопсихологии, заведующий которой А.Ш. Тхостов написал учебник по психологии телесности.

В то же время еще не сложилось однозначных представлений об этом феномене, хотя и есть однозначное понимание некоторых его свойств (сформулировано Е. Газаровой): телесность является особым «продуктом» взаимодействия тела и духа, видимой и переживаемой частью души; телесность формируется с момента зачатия до смерти, причем механизмы ее образования и «состав» чрезвычайно сложны; телесность выражает систему смыслов человека, в основе которой — отношение к смерти и жизни; все составляющие части телесности соответствуют друг другу (конгруэнтны) и «прорастают» друг в друга. Телесность образуется в контексте генотипа, пола и уникальных биопси-

хических особенностей индивидуума в процессе его адаптации и самореализации; основой ее формирования является единая память. Первые и основные смыслы, составляющие основание телесности, человек познает и оценивает через опыт телесных состояний, через образование двух базовых групп ощущений: удовольствия (жизнь) и неудовольствия (смерть). Телесность представляет собой уникальную систему соответствий индивида, основанную на вегетативной памяти о взаимодействиях между отдельными элементами тканевой, сосудистой, эндокринной, иммунной и мышечной систем и пронизанную его уникальными ассоциациями и смыслами. Телесность имеет прямое отношение к обеспечению системного здоровья индивида, выполняя охранительную и поддерживающую функцию в адаптационных процессах; кроме того, уровень ее развития позволяет человеку «резонировать» с миром. Телесность проявляется в комплексе способностей, охватывающих все 4 уровня существования человека — физический, психический, социальный и духовный.

На фоне проявившегося в последние 2-3 года интереса к исследованию взаимосвязи телесности и ценностно-смысловых



и экзистенциальных свойств человека, нами проведено исследование на 50 респондентах — офицерах, в результате которого было показано, что: 1) субъективное благополучие у офицеров взаимосвязано с телесностью корреляционными связями средней силы; 2) все измерения телесности связаны с параметром самотрансценденции (шкала экзистенции Лэнгле), характеризующее чувство, способность быть затронутым, попадать в резонанс с ценностями. 3) Однофакторный регрессионный анализ позволил показать, что телесность для данных респондентов является детерминантой развития экзистенции.

### **Embodiment and existence: the experience of empirical research**

*Pravdina L. R., Ph.D.  
(Southern Federal University,  
Rostov-on-Don, Russia)*

**Resume.** *The abstract is characterized by the problem of embodiment as modern directions of psychological research; presents the results of empirical studies on the relationship of physicality and existence.*

**Keywords:** *embodiment, existential, meaning ability, adaptive processes, health.*

# О ВОЗМОЖНОЙ СВЯЗИ ПСИХОСОМАТОГЕНЕЗА И ЭВОЛЮЦИОННОГО ПРОЦЕССА

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

## Аннотация

*Ставится задача формирования концепции психосоматогенеза, единой для человека и животных и согласованной с существующими представлениями об условиях психосоматогенеза человека. Сформулирована гипотеза, рассматривающая психосоматогенез как механизм эволюционного процесса.*

**Ключевые слова:** психосоматогенез, эволюционный процесс, эволюция психического, условия.

Несмотря на то, основные вопросы психосоматического взаимодействия еще далеки от разрешения и совсем не ясен сам механизм психосоматогенеза, тем ни менее, накоплено достаточно понимания в вопросе об условиях, способствующих последнему. Однако, большинство этих условий связаны скорее с закономерностями человеческой жизни. Спорным остается и вопрос о том, какие болезни можно считать психосоматическими. И если придерживаться мнения о необходимой роли психического в порождении всех или большинства телесных болезней, то необходимо встает вопрос об этой роли в возникновении болезней (сохранении здоровья) у животных.

По мнению автора, перспективными могут стать психосоматические концепции, связывающие психосоматогенез и эволюционный процесс. Такая концепция должна включать в себя (не противоречить) и «человекоориентированным» психосоматическим концепциям и существующим представлениям об условиях, способствующих запуску механизмов психосоматогенеза.

Опираясь на результаты экспериментальных исследований в эволюционной биологии, онтогенетическую концепцию возникновения болезней и старения В.М. Диль-

мана, представление В.С. Ротенберга и В.В. Аршавского о поисковой активности и другие концепции, автор пришел к формулированию следующих теоретических допущений [1].

**Первое.** Болезни (как минимум, телесные) являются такими же инструментами эволюционного процесса, как апоптоз (клеточное самоубийство) и репликативное старение.

**Второе.** Индивидуальное психическое развитие является частью эволюционного развития, которое по природе и содержанию своему гораздо шире, чем его трактуют современные эволюционные теории. Причем, под первым здесь понимается не только и не столько развитие психики, связанное с процессом взросления и становления взрослой особью, сколько — развитие новых способов поведения, новых способов жизни, «душевное» развитие. И что важно, это индивидуальное развитие понимается входящим в процесс эволюции не в банальном смысле, в каком можно понимать все происходящее в жизнедеятельности индивида входящим в целостный процесс эволюции. Индивидуальные психические «наработки», также как и новые морфологические признаки, каким-то



своим образом фиксируются эволюционным процессом. Психическая эволюция индивида становится частью глобального эволюционного процесса.

**Третье.** Условием поддержания соматического здоровья является соответствие способа жизни индивида, в том числе — и психической жизни, поддержанию механизмов эволюционного процесса, понимаемого расширенно, в соответствии с предыдущим пунктом. Соответственно, болезни возникают вследствие такого способа жизни индивида, когда он не способствует, а противостоит этому «индивидуальному» эволюционному процессу внутри себя.

Необходимо отметить, что описанная концепция согласуется с существующими представлениями об условиях сохранения здоровья и порождения телесных болезней, а также ранее сформулированным гипотезам автора о природе онкогенеза [1].

## ЛИТЕРАТУРА.

1. Хайкин А.В. Психосоматическая идея и эволюционный процесс. Тезисы // Психосоматика и саморегуляция. — 2015. — № 2(2). — С. 6–9. URL: <http://journall.pro/pdf/1436805501.pdf> [Дата обращения: 10. 04. 2016]

### **About a possible connection psihosomatogeneza and evolutionary process**

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

**Resume.** *The task of forming psihosomatogeneza concept common to humans and animals and coordinated with existing ideas about the conditions of human psihosomatogeneza. A hypothesis that considers psihomatogenez as a mechanism for the evolutionary process.*

**Keywords:** *psihomatogenez, evolutionary process, the evolution of mental conditions*

# МОДЕЛИ И МЕТОДЫ ПСИХОСОМАТОТЕРАПИИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

---

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

### Аннотация

*Хронический болевой синдром у больных с заболеваниями периферической нервной системы почти всегда связан с различной степенью астенических и аффективных расстройств. Нами было показано, что включение в комплексное лечение иглотерапии и психотерапии 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:** *заболевания периферической нервной системы, хронический болевой синдром, астения, тревога, депрессия, лечение, иглотерапия, психотерапия.*

Проблема заболеваний и травм периферической нервной системы, сопровождающихся хроническим болевым синдромом,

приводящим к длительным срокам лечения и частой инвалидизации [1, 2, 3], остается актуальной для современной медицины.



**Материалы и методы:** нами было проведено обследование и лечение 446 больных с заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися болевым синдромом, группу сравнения составили 218 больных. Всем больным проведено клиническое неврологическое обследование, психофизиологическое тестирование с использованием опросников Спилбергера-Ханина [4], Монтгомери-Асберга [6] и MFI-20 [7], выявлены астенические и аффективные расстройства. Выраженность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале [5]. Все больные получали патогенетическую медикаментозную терапию в сочетании с физиотерапией, массажем, ЛФК. Больным группы исследования дополнительно проводилась иглотерапия, психотерапия.

**Результаты и их обсуждение.** В группе исследования клинически хороший результат лечения был получен у 37,4 % пациентов, удовлетворительный — у 54,7 %, неудовлетворительный — 7,9 % пациентов. В группе сравнения хороший результат лечения был отмечен у 17,2 % пациентов, удовлетворительный — у 45,7 %, неудовлетворительный — 37,1 % пациентов. Выявлены достоверные отличия исследуемых параметров ( $p < 0,05$ ) между группами.

**Выводы:** включение иглотерапии и психотерапии в комплексное лечение больных с заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися хроническими болями, показывает лучшие результаты в сравнении с общепринятым патогенетическим лечением.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г. О., Емельянов А. Ю. Возможности применения немедикаментозных методов в комплексном лечении расстройств аффективной сферы у больных с хроническими болевыми радикулопатиями. Психосоматика и саморегуляция. — 2016. — № 2 (6). — С. 16–25. — URL: <http://journall.pro/pdf/1481572689.pdf>. [дата обращения: 08.10.16]

2. Гайдар Б. В., Шулев Ю. А., Руденко В. В. и соавт. Реабилитация раненых и больных нейрохирургического профиля // Медицин-

ская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю. Н. Шанина. — СПб: «Специальная литература», 1997. — С. 490-518.

3. Одинак М. М., Живолупов С. А. Заболевания и травмы периферической нервной системы: руководство для врачей. — СПб.: СпецЛит. — 2009. — 367с.

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

5. 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.

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

7. 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.

## Nonmedicamentous aspects of treatment diseases peripheral nervous system accompanied chronic painful syndrome

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

**Resume.** Disease peripheral nervous system accompanied chronic painful syndrome often lead to asthenia and various degree emotional disorders. Inclusion acupuncture and psychotherapy in complex treatment reduce not only a painful syndrome, but also asthenic and emotional disorders, that considerably raises efficiency of therapy.

**Keywords:** disease peripheral nervous system, a chronic painful syndrome, asthenia, anxiety, depression, treatment, acupuncture, psychotherapy.

# ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАТИВНО-ОБУЧАЮЩИХ ЗАНЯТИЙ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ОМС

БАБАЕВА С. В.,

МЕДИК Я. В.

(ФБГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия)

## Аннотация

*Доклад раскрывает проблемы и возможности практической деятельности клинических психологов при работе с пациентами стационара в системе ОМС в современных условиях реформы здравоохранения РФ.*

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

Реформа здравоохранения в РФ привнесла в практику холистический подход как понимание биопсихосоциальной модели целостности человека. Следствием этого является включение в лечебный процесс для пациентов в системе ОМС медицинских психологов и психотерапевтов. В значительной степени это коснулось пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1,2].

Поскольку реальные условия работы стационаров не предусматривают организационной возможности проведения оказания медико-психологической помощи, от клинических психологов и психотерапевтов требуется определенная гибкость в подборе конкретных форм и методов осуществления психологической помощи пациентам.

Наряду с этим большой проблемой остается ригидность медицинского сообщества в отношении эффективности психологической

помощи для их пациентов и малая осведомленность в области психосоматической саморегуляции.

Для преодоления этих установок необходимо активное взаимодействие с врачами при поддержке руководства лечебных учреждений.

Такая работа организована Центром профилактической медицины (ГНИЦПМ). С 2013 года по октябрь 2016 года включительно занятия проводятся на постоянной основе. 582 пациента получили психокоррекционную помощь по программе ОМС.

В Центре удалось создать систему мероприятий, включающую диагностику, коррекцию состояний и обучение психологической саморегуляции для всех пациентов, направляемых врачами. Для этого пациенты объединяются в группу для проведения занятия. Периодичность работы группы раз в неделю



и продолжительность занятия – два часа. Производится диагностика в начале занятия на основании анализа анамнеза больного и его актуальных жалоб, наблюдения за ним и теста САН. Затем корректируется состояние больного посредством косвенной суггестии в процессе обсуждения причин, приведших к заболеванию и путей выхода из него. Далее проводится обучение приемам саморегуляции с целью повышения стрессоустойчивости. В конце занятия, проводится повторное тестирование САН. Результаты тестирования и получение обратной связи от пациентов позволяют сделать выводы об эффективности проведенной работы. Становится очевидным необходимость обучения населения приемам и методам саморегуляции в психоэмоциональных стрессовых состояниях и способам повышения стрессоустойчивости.

Отзывы врачей свидетельствуют о последующем повышении комплаентности и снижении тревожности у пациентов, а также повышении их активности и уменьшении предъявляемых жалоб на соматическое состояние.

Положительные результаты стимулируют врачей к сотрудничеству с психологами, повышают их интерес к психосоматическим проявлениям сердечно — сосудистых заболеваний. [3,4]

#### 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. Бабаева С.В., Медик Я.В. Актуальные проблемы работы клинического психолога в системе обязательного медицинского страхования (анализ практического опыта в условиях стационара) // Психосоматика и саморегуляция. — 2016. — № 2(6). — С. 26–29. — URL:<http://journall.pro/pdf/1481572689.pdf>. [дата обращения: 15.10.16]

### **Experience in conducting psychological consultative and training sessions in the group of patients with cardiovascular diseases in hospitals of the mandatory health insurance system**

*Babaeva Svetlana V.,  
Medik Yanina V.*

*(National Research Center  
for Preventive Medicine of the Ministry  
of Healthcare of the Russian Federation,  
Moscow, Russia).*

**Resume.** *The report reveals the challenges and opportunities of clinical psychologists' practical activities when working with hospital patients in the mandatory health insurance system in modern conditions after reform of public health in the Russian Federation.*

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

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛЕСНОГО ИНСАЙТА В РАБОТЕ С ПАТОГЕННЫМИ ВИТАЛЬНЫМИ УСТАНОВКАМИ

БЕЛОКУРОВА М. В.  
(Москва, Россия)

## Аннотация

*Описан механизм возникновения и влияния материнских патогенных установок на формирование психики ребенка. Отмечена целесообразность работы во взрослой клиентской практике с данными установками в бессознательном образе тела методом телесного инсайта.*

**Ключевые слова:** телесно-ориентированная инсайт-терапия, витальные установки, бессознательный образ тела, телесно-ориентированная психотерапия, глубинный анализ, системный подход.

В практике психологической работы клиентские установки или интроекты можно сформулировать в виде краткой емкой генерализованной идеи, обладающей формирующим значением для поведения человека. Материнские установки в большей степени определяют развитие эмоциональной сферы по сравнению с другими сторонами психического развития детей.

О «материнской депривации» и формировании в психике ребенка патогенных витальных установок можно говорить в ситуациях:

- невключенности матери в жизнь ребенка, недостатка внимания и заботы к ребенку, его интересам и переживаниям,
- наличия большого количества запретов,
- потакании всем желаниям ребенка,
- игнорирования потребностей ребенка,
- раздражительности матери и грубого обращения с ребенком.

Еще одним фактором формирования патогенных установок становится особое поведение многих мам в очень важный период сепарации ребенка (3-6 лет). Эти особен-

ности заключаются в поддержании своего авторитета и беспрекословного послушании ребенка в сочетании со стремлением мамы ускорить его развитие. Стимулирование ребенка на достижение успеха при избегании близкого общения с ним, делает ребенка зависимым от матери, а с другой стороны формирует с ребенком достаточно большую психологическую дистанцию.

Материнские (витальные) установки разделяются на:

### 1. установки-предохранители:

- актуальные
- потерявшие свое значение, автоматизированные

2. условно патогенные, которые содержат в себе двойное послание (double bind) — склейка желаний матери с витальной необходимостью. При этом, формируя эти установки, мать использует средства, которые должны обозначать, что данное требование, предъявляемое ребенку, является условием выживания. Этими средствами воздействия являются:

- громкий интонированный окрик,
- резкие побуждающие/воздействующие жесты



- угрожающие или испуганные позы

Все это относится к материнским средствам воздействия, зашитым в генетической памяти.

В условно патогенные витальные послания мать вкладывает дополнительный скрытый смысл: «я не могу или не хочу это сделать сама, я требую что бы это обеспечил ты (ребенок)». В этом случае то, что требует мать, превышает силы и возможности самого ребенка. Поскольку эти послания витальны, позитивным подкреплением является сам факт выживания (с точки зрения матери).

Поскольку мамино «надо» сопровождается размытостью условий «а что будет, если нет», «а сколько надо», «а когда надо» и вообще «что это такое надо», неповиновение для ребенка начинает сопровождаться ощущением катастрофы. В случае невыполнения ситуация сопровождается скрытой неопределенной угрозой, которая приобретает масштабы катастрофы. Таким образом формируются ограничивающие установки, которые начинают определять поведение ребенка.

Ситуация усугубляется, когда эти послания касаются витальности не только ребенка, но и витальности ребенка и мамы вместе. Форма послания следующая: «если ты сделаешь «это», ты подставишь нас». Но так как это «подставишь» описывается теми же средствами, что и предыдущие витальные установки, они попадают в то же множество условно патогенных посланий. Но в завершении картины эти послания довольно часто начинают взаимоисключать послания предыдущие. И тот алгоритм выживания, который был сформирован ребенком вначале входит в клинч с новыми социальными требованиями, которые подаются в качестве таких же императивов и необходимых элементов системы выживания. По мере взросления психики данный опыт, закрепившийся в детстве, приводит к множеству неприятных последствий. Когда уже будучи взрослым, человек сталкивается с ситуациями с такими же взаимоисключающими условиями, то попадает либо в состояние ступора, либо демонстрирует детское протестное поведение, фактически это приводит к неспособности преодолеть и разрешить подобный внутриличностный

конфликт и приводит к состоянию близкому к «внутренней катотонии».

Происходит это через сочетание содержания-формы сообщения. Содержание — вполне «бытовое», хотя возможно и патогенно склеенное с коннотативными экспрессивными смыслами, а форма подачи маркирует такую установку, как охранно-катастрофическую, поэтому желание, чтобы ребенок каким-то определенным образом себя вел, выдается за витальное условие, как условие всеобщего выживания.

Патогенные витальные установки выделяются среди общих материнских установок тем, что еще в раннем детстве они искажают ход развития личности, создавая патологическую структуру и динамику, так как ребенок не может справиться с этими требованиями в силу недостаточной психической зрелости. Они влияют на формирование бессознательного образа себя и создают внутриличностный конфликт, который держит человека в состоянии неразрешенного напряжения. Кроме этого они являются наиболее проблемными в личной психотерапии, потому что самые заряженные конфликты такого рода складываются при материнской депривации природы ребенка и обычно приводят к серьезной соматизации.

Авторский интегративный метод телесно-ориентированной инсайт-терапии (Телесного Инсайта) позволяет получить доступ к ставшим ненужным витальным установкам, мешающим развитию и самоопределению личности, воссоздаёт ситуацию первоначального «детского решения» выхода из подобного конфликта и позволяет клиенту прожить «инсайт-образующий опыт» для преодоления данного конфликта путем генерации в бессознательном образе тела символа с превосходящей изначальный конфликт (личность vs. требования) ценностью. Закладываются подобные установки, как уже отмечалось выше, в раннем детстве в качестве «витальных угроз» со стороны матери и впоследствии становятся автоматизмами, от которых человек не может избавиться самостоятельно, т.к. они записываются в бессознательном образе тела как абсолютные «табу». Телесный инсайт соединяет в себе эффективность телесной работы и глубину аналитического исследования, основывается

на системном подходе и формирует «оси эго-самость» на всех уровнях. Именно преодоление подобных «записанных» в теле и психике угроз позволяет человеку наконец начать жить полноценной и собственной во всех смыслах жизнью. Проживание такого опыта на телесном, ментальном, эмоциональном и волевом уровнях личности является самой важной переменной для функциональных изменений в реальной жизни.

Метод телесно-ориентированной инсайт-терапии, разработанный и созданный М. В. Белокуровой, является высоко-эффективным в работе с подобными установками, что доказано многими годами клинической практики. [1]

### ЛИТЕРАТУРА

1. Белокурова М. В., Арапова Е. А. Телесно-ориентированная инсайт-терапия: преимущества и достоинства метода // Психосоматика и саморегуляция. —

2016. — N 2(6). — С. 30–39. - URL: <http://journal1.pro/pdf/1481572689.pdf>. [дата обращения: 01.10.16]

### **The efficiency of body-oriented insight therapy for the treatment of pathogenic vital attitudes**

*Belokurova M.V.,  
(Moscow, Russia)*

**Resume.** *Described the mechanism of origin and influence of maternal pathogenic vital attitudes on the child's psyche formation. Noted the advisability of an adult client's psychotherapeutic practice with mentioned attitudes in unconscious body image by body-oriented insight therapy method.*

**Keywords:** *body-oriented insight therapy, vital attitudes, unconscious body image, body-oriented therapy, depth analysis, systemic approach.*

# МЕТОДОЛОГИЯ БЫСТРОЙ ВЫРАБОТКИ ЭФФЕКТИВНЫХ НАВЫКОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

ИНГЕРЛЕЙБ М. Б.  
(Южный Федеральный университет,  
Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*В докладе автор излагает методологические подходы к быстрому и эффективному изучению комплекса дыхательных упражнений и визуализированных представлений, являющихся прочным фундаментом многих систем саморегуляции и самоконтроля.*

**Ключевые слова:** волевое усилие, саморегуляция, образные представления, дыхательные практики, медитация.

Дыхательные упражнения как целостное методологическое образование присутствуют в структуре большинства современных и традиционных оздоровительных систем и методик саморегуляции. При этом практически не существует развернутых и проработанных дыхательных систем, концентрированных исключительно на дыхании, без сопутствующей психической работы. При этом надо отметить, что традиционные системы Индии и Дальнего Востока — каждая по своему — культивирует некий безэмоциональный способ отношения к реальности и феноменам внутренней психической жизни индивида, а используемые ими образы, символы и ассоциативные связи для нас относятся к феноменологии иной культуры.

Эмоции, как древний и «базальный» способ регуляции состояний тела и психики, обладают потенциалом изменений большим, чем образы, рационально смоделированные даже очень высокоорганизованным сознанием.

При практической работе с людьми, обладающими низкими уровнями общего здоровья, не рационально пренебрегать

оздоровительным действием эмоционально насыщенных образов. Вариантом решения задачи «ухода» от восточной культурной образности в опоре на архетипические представления, характерные для европейской и православной культуuroобразующей традиции, можно считать описанный автором комплекс образных представлений в «Системе Чаши» [1]. «Система Чаши» в самом кратком изложении представляет собой комплекс дыхательных упражнений, ориентированных на цели саморегуляции и тренировки волевого усилия. Используемый в «системе Чаши» набор образов включает в себя как обязательный компонент «эмоциональный оттенок» каждого элемента.

## Описательно метод достаточно прост.

Этап 1. Выбирается ресурсное состояние (воспоминание) наиболее ярко окрашенное для клиента требуемой эмоцией. В процессе медитативной работы данный эпизод закрепляется и «освежается». В идеале, окончание этого этапа характеризуется навыком надежного вхождения в ресурсное состояние за 2-5 дыхательных циклов (здесь



дыхательные циклы являются субъективным маркером времени и другой смысловой нагрузки не несут) и уверенным удержанием ресурсного состояния не менее минуты. Причем скорость вхождения является приоритетным критерием по освоению навыка.

Этап 2. Целью медитативной работы этого этапа является получение некоего телесного эквивалента эмоционального переживания, свободного как от внешних атрибутов — «контекстов», так и от символично-словесных обозначений.

Выделенное и запомненное телесно-выраженное эмоциональное переживание должно в дальнейшем произвольно и надежно вызываться на протяжении не более 10 дыхательных циклов и удерживаться произвольно долго – но не менее минуты перед переходом к этапу 3. В идеале вхождение в ощущение телесно-переживаемого смысла эмоции должно происходить практически мгновенно – как мгновенно переходят в привычное ресурсное состояние или управляемый транс.

Этап 3. В ходе третьего медитативного этапа происходит «открепление» телесно-переживаемой сути эмоции от схемы тела и перенос ее во внутреннее психическое пространство, которое первоначально воспринимается как пространство внутри черепной коробки, а впоследствии, по ходу дальнейшей работы, вообще теряет признаки локальности, приобретая внепространственную топологию.

Навык достижения этого переживания нарабатывается до стабильно-произвольного уровня, когда погружение в состояние происходит стабильно на протяжении не более 10 дыхательных циклов.

Сложность описания данных переживаний ни в коей мере не пропорциональны

сложности достижения данного опыта. «Движение к сути» представляет собой скорее упрощение медитативной работы и предъявляет требования больше к концентрации, чем к развитым способностям образно-пространственных представлений.

Таким образом, «на выходе» трехэтапной медитативной работы мы получаем стабильный навык погружения в состояние «суть эмоции» вне ее привязок к любым другим чувственным и абстрактным атрибутам.

На сегодняшний день в «системе Чаши» предлагается проработка 8 базовых эмоциональных состояний: Страх, Отторжение, Агрессия, Горе (как потеря), Надежда, Интерес, Удовлетворение и Радость.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Ингерлейб М. Б.* Технология формирования эмоционально-насыщенных образных представлений в практике дыхательных и медитативных упражнений // Психосоматика и саморегуляция. — 2015. — N 4(4). — С. 42–46. — URL: <http://journal.pro/pdf/1460488476.pdf>

### **Methodology rapid development of effective self-regulation skills in the study of breathing exercises**

*Ingerleyb Mikhail B.,  
(Rostov-on-Don, Russia)*

**Resume.** *The report author presents methodological approaches to the rapid and efficient exploration of complex breathing exercises and visualize ideas, are a solid foundation for many systems of self-regulation and self-control*

**Keywords:** *voluntary effort, self-regulation, mental images, breathing practices, meditation.*

# СТРЕСС И САМОРЕГУЛЯЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

ИСАЧЕНКОВА О. А.,  
(Приволжский федеральный медицинский  
исследовательский центр,  
Н. Новгород, Россия)

## Аннотация

*Стресс становится неотъемлемой частью нашей жизни, поэтому изучение механизмов стрессоустойчивости является очень актуальной задачей. Основой психологической стрессоустойчивости является способность человека к саморегуляции в ключевых сферах жизнедеятельности: эмоционально-телесной, когнитивно-поведенческой и мотивационно-потребностной. В статье рассмотрены факторы, формирующие каждую из этих сфер, а также психотерапевтические подходы, способствующие их развитию. Также обозначены основные проблемы, касающиеся самой психологии в нашей стране.*

**Ключевые слова:** стресс, саморегуляция, личностные ресурсы, современность, психология.

В современном мире стресс становится неотъемлемой частью нашей жизни и нередко приводит к развитию различных психических нарушений, в виде эмоциональных расстройств, зависимого поведения, психосоматических заболеваний и других патологических состояний. Они возникают на фоне неблагоприятных стрессовых воздействий, с которыми человек не может адекватно справиться в силу недостаточной стрессоустойчивости. Учение о стрессе, возникшее на идеях У. Кеннона, Г. Селье, активно развивается многими зарубежными и отечественными исследователями, которые изучают как физиологические, так и психологические аспекты стресса и стрессоустойчивости [3].

В психологическом плане основным фактором стрессоустойчивости является способность человека к саморегуляции своей жизнедеятельности в основных сферах человеческого существования: эмоционально-телесной, когнитивно-поведенческой и ценностно-смысловой. Эмоционально-телесная сфера является базовой в процессах саморегуляции, она определяет способность к осознанию и пониманию

своих чувств и телесных ощущений, умению управлять своим эмоциональным состоянием, пониманию взаимосвязи между эмоциями и телесным проявлениями. Крайним нарушением этой способности является состояние алекситимии, впервые описанное R. Sifneos, и являющееся общепризнанным предиктором развития различных психосоматических заболеваний. В настоящее время активно развивается учение об эмоциональном интеллекте, под которым подразумевается способность понимать и распознавать собственные эмоции и эмоции других людей с тем, чтобы управлять ими в различных жизненных ситуациях. Один из создателей этого направления D. Goleman в ходе исследований установил, что люди с большей эмоциональной ясностью легче справляются со стрессовыми ситуациями и в их крови обнаруживается меньше стрессовых гормонов, чем у людей с резко нарушенным эмоциональным интеллектом. Согласно психоаналитической теории развития личности задатки эмоциональности и телесности закладываются в младенческом возрасте и зависят от характера общения матери и ребенка. Также для развития данных



качеств необходимо формировать у человека соответствующие установки, определяющие важность этой сферы человеческой жизни [6,9].

Однако, проблема современного общества заключается в том, что с одной стороны эмоциональность игнорируется насаждением сверхрационального отношения к жизни, а с другой подогревается нездоровый интерес к эмоциональным проявлениям человека, превращающийся в своего рода шоу и развлечение. Такая атмосфера затрудняет нормальное эмоциональное развитие человека. Истинная телесность также выхолащивается суррогатным чисто механистическим подходом к своему телу, подразумевающим улучшение лишь внешних его характеристик.

Развитию истинной эмоционально-телесной компетентности способствуют различные медитативные и телесно-ориентированные методы психотерапии, хорошо зарекомендовавшая себя в нашей стране, начиная с 80-х годов, аутогенная тренировка, а также психоанализ, гештальт и другие современные зарубежные направления психотерапии, активно проникающие в нашу современную жизнь.

Большую роль в процессах саморегуляции играет когнитивно-поведенческая сфера, которая определяет способность человека к осмыслению и преодолению сложившихся трудностей. Важными ресурсами этой сферы являются адекватная самооценка, высокий уровень субъективного контроля, позитивное мышление, развитые коммуникативные навыки и т.д. Они способствуют снижению напряженности психологических защит и формированию конструктивных копинг-стратегий, помогающих успешному преодолению трудных жизненных ситуаций. Большой вклад в изучение различных аспектов, формирующих эту сферу внесли Р. Лазарус, разработавший представление о «копинг-стратегиях», А.Эллис — об иррациональных когнитивных установках, Н. Пезешкиан — о позитивном мышлении, В.Ротенберг — о поисковой активности, М.Залигман — о выученной беспомощности и другие [2; 5; 7; 8].

И, наконец, большое значение в процессах саморегуляции имеют ресурсы ценност-

но-смысловой сферы, подразумевающие, приверженность к общечеловеческим ценностям, стремление человека даже в трудных условиях к полноценной жизни, сохранение прежних и порождение новых жизненных целей и смыслов. В этой связи в первую очередь следует упомянуть В. Франкла, пережившего ужасы фашистских концлагерей, и отметившего важную роль цели и смысла в жизни, как основополагающего фактора выживания. Также заслуживают внимание идеи отечественного психолога Ф. Василюка, который выделил деструктивный, гедонистический, реалистический и ценностный типы переживания горя и указал, что именно ценностный вариант переживания поднимает человека на новый уровень развития и способствует порождению новых жизненных целей и смыслов взамен утраченным [1; 4]. Формированию и развитию ресурсов ценностно-смысловой сферы саморегуляции способствуют экзистенциальные и гуманистические методы психотерапии и конечно духовно-нравственный уклад семьи и общества в целом, в котором живет человек. Однако проблема современного общества заключается в том, что кардинально нарушена ценностно-смысловая структура жизни. Истинные общечеловеческие ценности и смыслы заменены сиюминутными в основном меркантильными целями. В результате формируется потребительское общество, которое априори лишено своего будущего. Человек в таком обществе становится винтиком в глобальной потребительской системе, теряя свою индивидуальность, а значит истинную ценность и смысл своей жизни.

В заключении хочется кратко коснуться некоторых проблем самой психологии в нашей стране.

Во-первых, дискредитация и недоверие к психологии. В большей степени это связано с тем, что нередко психологическая помощь отдана на откуп сомнительным организациям и даже сектам.

Во-вторых, малая доступность и низкая эффективность психологической помощи.

В-третьих, слабый и односторонний диалог с государством. Так, в частности в последнее время сделан акцент на психонейрореабилитацию, а где все остальные сферы



психологической деятельности и почему они находятся вне поля зрения государства?

В-четвертых, низкая популяризация психологических знаний, попытка сделать из них некую тайну, вещь в себе, доступную только избранным.

В-пятых, разобщенность психологического сообщества и отсутствие согласованных методологических подходов. И, конечно, есть ещё много вопросов и проблем, требующих решения, поэтому хочется пригласить коллег к дискуссии на эту тему.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. — М.: Изд-во Моск. ун-та. — 1984 г. — 200 с.
2. *Ротенберг В.С., Аршавский В.В.* Поиск активная активность и адаптация. — М., 1984.
3. *Трошин В.Г.* Стресс и стрессогенные расстройства. — М., 2007. — 779с.
4. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990
5. *Эллис А., Драйден У.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
6. *Goleman D.* Emotional intelligence – N.Y.: Bantam Books, 1995
7. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, Appraisal and Coping – N.Y., 1984. — 218 p.

8. *Seligman M.N.* Heiplessness: on depression, development and death. — San-Francisco, 1975

9. *Sifneos P.E.* The prevalence of «alexithimic» characteristics in psychosomatic patients in Topics of Psychosomatic Research // Psychother. Psychosom., 1973 — V.22 — P.255-262.

### Stress and self-regulation: problems and solutions

*Isachenkova O.A., M.D.,  
(Volga Federal Medical Reseach Center,  
N. Novgorod, Russia)*

**Resume.** *Stress is becoming an essential part of our life, so the study of stress tolerance mechanism is a very important task. The basis of psychological stress resistance is the ability to self-regulation in key areas of life: emotional, physical, cognitive-behavioral and motivational. The main factors that shape each of these areas as well as psychotherapeutic approaches conducive to their development are considered in the article. Problems relating to the psychology in our country are also indicated in it.*

**Keywords:** *stress, self-regulation, personal resources, modernity, psychology.*

# ХОЖДЕНИЕ ПО МУКАМ, ЧАСТЬ 2, ПРАКТИЧЕСКАЯ. ПРИМЕР ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

ЛУБЯНКО И. А.,  
КРЮЧКОВА М. Н.,  
ПЕРЕПЕЧАЕВА А. В.,  
ПИЛИЕВА А. В.

(Ростовский государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия)

## Аннотация

*Приведен законченный клинический случай пациентки, длительное время страдавшей синдром хронической тазовой боли, обследовавшейся и проходившей лечение у различных специалистов без выраженного эффекта на протяжении многих лет. Клиническая ремиссия как психопатологической депрессивной так и болевой симптоматики наступила после лечения в отделении психотерапии антидепрессантами.*

**Ключевые слова:** синдром хронической тазовой боли, депрессивное расстройство, сенестопатии.

В докладе приведен разбор клинического случая пациентки К. (история болезни публикуется с ее устного согласия) по поводу хронических тазовых болей, которые она безуспешно лечила на протяжении многих лет. Проводимые исследования выявляли незначительные отклонения от нормы, а проводимые терапевтические, хирургические манипуляции не приносили ожидаемого эффекта. При этом, сниженное настроение, которое отмечалось большинством специалистов, расценивалось как вторичная реакция на основное заболевание.

После проведенного обследования в психотерапевтического отделения РостГМУ, был выставлен диагноз депрессивного расстройства и проведена комплексная терапия, включавшая в себя дезинток-

сикацию (внутривенное введение реамберина, тиосульфата натрия), назначения малых доз галоперидола и феназепам и золофта с коррекция дозировок от малых до терапевтически эффективных.

На настоящий момент ремиссия составляет около года, мучавшие боли исчезли, фон настроения ровный.

После коррекции психоэмоционального фона при контрольном осмотре врачом травматологом-ортопедом через 2 месяца была выявлена положительная динамика. Выраженность миофасциальных реакций была уже не настолько яркой, угол лопатки справа принял практически нормальное положение. По данным стабилومتрии стопная рецепция значительно улучшилась. По данным анкетирования результат лечения расценен как хороший.



**THE ROAD TO CALVARY,  
The practical part 2,  
An example from clinical practice**

Lubyanko I.A.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Kryuchkova M.N.  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Pilieva A.V.,  
(Rostov-on-Don, Russia)  
Perepechaeva A. V.  
(Rostov-on-Don, Russia)

**Resume.** *An finished a clinical case of a patient who suffered a long period of time, chronic pelvic pain syndrome, surveyed and treated in different specialists without a pronounced effect over the years. Clinical remission as a depressive psychopathology and pain symptoms occurred after treatment in psychotherapy department antidepressants.*

**Keywords:** *chronic pelvic pain syndrome, depressive disorder, senestopatii*

# ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕГРИРОВАННЫХ МЕТОДОВ НЕЙРОАКУСТИКИ В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ПЕТРЕНКО С. Н.,  
(Санкт-Петербург, Россия)

## Аннотация

*В докладе рассматриваются возможности и перспективы применения интегрированных методик нейроакустической терапии. Приводится краткий обзор методик, применяемых в интегративном подходе. Представлены примеры психосоматических состояний, при которых можно эффективно использовать методики интегрированной акустической терапии, опыт применения и ожидаемые результаты.*

**Ключевые слова:** *звуко-акустическая терапия, нейроакустика, аффирмация, биоэлектрическая активность мозга, бионастройка, нейросеть, интегрированные методы нейроакустики, бинауральная терапия, нейропластичность, сенсорная терапия, самообучение мозга, активация когнитивных процессов.*

Методики звуко-акустической терапии основаны на свойствах частотного резонанса и его воздействие на центральную, автономную нервную систему путем активации проведения импульсов по нервным волокнам. Акустические стимулы создают сначала специфический сигнал в нейронной сети, и затем, при многократном повторе, создают новые комбинации нейрональных сетей, их устойчивую консолидацию. Такой реакции со стороны мозга способствует феномен «захвата» мозгом представляемого ему сигнала-ритма, что соответствует бионастройке и биоподстройке [6].

Многократные эксперименты показали, как под воздействием акустического сигнала определенной частоты синапс начинает синтезировать нейропептиды и нейрохимические соединения – нейротрансмиттеры, влияющие на скорость и качество передачи информации между нейронами. Таким обра-

зом, мозг и вся нервная система обучается и настраивается [4].

«Переключая» с помощью акустики биоэлектрическую активность мозга в состояние: гамма, высокая, средняя и низкая альфа, низкая тэта и т.д., формируется и биохимическая активность, связанная с теми или иными желаемыми результатами, в том числе активацией когнитивных процессов.

Многочисленные опыты и исследования позволили применение этих частотных характеристик в терапевтической практике [3].

Клинически доказанными эффектами бинауральной терапии являются: синхронизация активности полушарий мозга, активизация процессов взаимодействия автономной и центральной нервных систем. Частным нейрохимическим продуктом такой терапии являются нормализация показателей: кортизола, адреналина, норадреналина, дофамина, ГАМК, холестерина, сахара крови. На клеточном



уровне это активизация клеточного дыхания и пролиферации [2].

В настоящее время все более широкое распространение приобретают звуковые технологии с содержанием фильтрованных звуков в избранном диапазоне частот.

Низкие частоты: 0–750 Hz — сенсорные и моторные навыки: координация движений, равновесие, ритм, осознание границ тела, мышечный тонус, эмоциональная регуляция.

Средние частоты: 750–3000 Hz — способность сотрудничества: расшифровка и понимание фонем, скорость слуховой обработки, речь, лексика, чтение, память; концентрация, внимание.

Высокие частоты: 3000–200000 Hz — интеграция, мотивация, воля, организованность, творчество, мыслительная энергия, функции и навыки последовательного выполнения действий.

Предполагается, что под их воздействием происходит «сенсорное» обучение ЦНС и ВНС, в частности, активация нейрональной активности — нейропластичности, за счет стимулирования синапсов, синтеза нейропептидов и нейротрансмиттеров [5].

Одним из относительно новых направлений можно считать сочетание бинауральной акустики и сублимальных аффирмативных текстов: звук на частотах биоэлектрической активности мозга, соответствующий состоянию дневного сна или гипнотическому трансу (8–10 Гц), с эффектом смещения доминанты активности вербального восприятия, создают эффект перекрывающий возможности клинического гипноза [1].

В заключение перечислим состояния, при которых применима интегративная сенсорная звуковая терапия:

- Состояния после инсульта и черепно-мозговых травм;
- Болезнь Альцгеймера, Паркинсона (начальные формы), энцефалопатии различного происхождения, рассеянный склероз;
- Бронхиальная астма, функциональные нарушения сердечной и сосудистой деятельности
- Депрессия, невроз, Нарушение сна, мигрень, гипертония (начальные формы), состояние стрессовое травматическое;

- Зависимости;
- СДВГ, аутизм, ЗПР, ЗРР, Дауна синдром, ДЦП, потребность в активации когнитивных процессов;
- Нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта неясной этиологии;
- Диабет 1-го типа и др.

Основным отличием интегрального метода от других является мультимодальная взаимодополняющая интеграция методик, возможность индивидуализации, дистанционное применение (возможность передачи терапевтического материала на расстоянии с использованием интернета), простота применения и оснащения.

Интегрированные методики звуковой терапии применимы для детей и взрослых, практически без возрастных ограничений и с минимальным количеством противопоказаний.

Области применения интегрированной звуковой, нейроакустической терапии: неврология, педиатрия, психоневрология, психотерапия, хирургия, реабилитология, курортология и др.; в качестве дополнительной альтернативной терапии и отдельного вида лечебно-восстановительного процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Петренко С. Н.* «Кибернетика живого организма», «Рефлексология», научно-практический журнал, №1(5), 2005г., Российская Академия Последипломного Образования МЗ РФ, стр. 10–13;
2. *Cahn BR, Polich J.* Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull.* 2006 Mar;132(2). — P. 180–211;
3. *Huang, T. L., & Charyton, C.* (2008). A comprehensive review of the psychological effects of brainwave entrainment. *Altern Ther Health Med*, 14(5). — P. 38–50;
4. *Pavlenko, V. B., Chernyi, S. V., & Goubkina, D. G.* (2009). EEG correlates of anxiety and emotional stability in adult healthy subjects. *Neurophysiology*, 41 (5). — P. 337–345;
5. «A Pilot Study of Integrated Listening Systems for Children With Sensory Processing

Problems». Sarah A. Schoen, PhD, OTR, Lucy J. Miller , PhD, OTR & Jillian Sullivan , PhD, Pages 256-276, Received 18 Dec 2014, Accepted 22 May 2015, Published online: 12 Oct 2015;

6. Walter, V. J. & Walter, W. G. «The central effects of rhythmic sensory stimulation». *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 1, Pages 57-86;

### **Prospects of neuroacoustic integral methods use in the treatment of psychosomatic disorders**

*Petrenko Sergey N., Ph.D.,  
(Saint-Petersburg, Russia)*

**Resume.** *The report deals with the possibilities and perspectives of integral*

*methods of neuro-acoustic therapy. Short review of methods used in the integrative approach is given. Examples of psychomotor conditions in which methods of integrative acoustic therapy can be effectively used are described. Experience of work and the results are discussed.*

**Keywords:** *sound-acoustic therapy, neuro-acoustics, affirmation, brain bioelectric activity, bioadjustment, neuronetwork, integrative methods of neuroacoustics, binaural therapy, neuroplasticity, sensor therapy, brain self training.*

# О СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕЛЕСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

## Аннотация

*Описана необходимая структура целей и разделов работы в психологическом лечении соматических заболеваний вне зависимости от конкретных нозологий и применяемых методов.*

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

Развитие приемов и методов лечения соматических болезней психологическими средствами делает все более актуальным вопрос об общих «шагах», о необходимых разрешаемых целях, основных разделах и этапах работы, т. е. вопрос о структуре такой работы безотносительно конкретных нозологий и применяемых практик.

Необходимость и возможность самой работы психолога (психотерапевта), в том числе самостоятельной работы, в деле лечения телесных болезней исходит из двух оснований. Во-первых, из 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. 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. По своим целям и сущности, но конечно, не по способам реализации, рабо-

та, исходящая из второго контекста сродни соматической медицине, по практическим средствам ее можно охарактеризовать как психологическую или психотехническую, но лишь в части случаев - как психотерапевтическую. Понятно, что объединение практик, исходящих из обоих контекстных оснований в единой работе делает ее более эффективной и соответствующей цели исцеления телесной болезни.

По мнению автора [1], работа по исцелению соматической болезни психологическим способом включает в себя решение трех задач и, соответственно, состоит из трех разделов, 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:

- а) обретение клиентом достаточной мотивации к выздоровлению;
- б) обретение им адекватной (личностной) реакции на болезнь;
- в) позитивная трансформация убежде-



- ний 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.;
- 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.

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.

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 зачатую 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 разворачиваться 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.

В третий раздел работы по психологическому исцелению телесного заболевания — мобилизацию исцеляющих сил на борьбу с болезнью и ее симптомами 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 разделам работы одновременно.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Хайкин А.В. К структуре психологического лечения соматических заболеваний // Психосоматика и саморегуляция. — 2016. — N 2(6). — С. 40–43. — URL: <http://journall.pro/pdf/1481572689.pdf>. [дата обращения: 12.10.16]

### The structure of psychological treatment of bodily diseases

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

**Resume.** 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.

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

## ОБ АВТОРАХ

---



**АНОХИН М. С.**, г. Ростов-на-Дону, «Областная детская больница», врач-анестезиолог. психолог-консультант, член Совета «Восточно-Европейского Психосоматического Общества».

Излюбленный метод практической работы: процессуальная гипнотерапия.

E-mail: anohinm@mail.ru



**ВАСИЛЬЕВА О. С.** — профессор кафедры «Общей и педагогической психологии» Академии психологии и педагогики ЮФУ. Руководитель магистерской программы по специализации «Психология здоровья, психокоррекция и консультативная психология». Руководитель программы переподготовки по направлению «Психология здоровья». Руководитель программ повышения квалификации: «Перинатальная психология. Психология материнства и родительства», «Психология здоровья, физической культуры и спорта», «Психология и психокоррекция здоровья».

E-mail: vos@sfedu.ru; oulya47@gmail.com



**КОДОЧИГОВА А. И.** — доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского (Саратов). Член Восточно-Европейского Психосоматического Общества.

Тел. +7 903 0222198.

E-mail: kodochigovaai@yandex.ru.



**ПАРШИНА С. С.** — доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры терапии ФПК и ППС, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского (Саратов).

E-mail: 1parshinasvetlana@mail.ru



**САМСОНОВ С. Н.** — канд. физ.-мат. наук, ведущий научный сотрудник Института космофизических исследований и аэронавтики им. Ю.Г. Шафера Сибирского отделения Российской Академии Наук (Якутск).

E-mail: s\_samsonov@ikfia.ysn.ru.



**КОТОВ А. Ф.** — студент 1-й группы 3-го курса факультета клинической психологии, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского (Саратов).

E-mail: blackvst9595@mail.ru.



**АЛАБУТ А. В.**, д.м.н., доцент кафедры травматологии и ортопедии, заведующая травматолого-ортопедическим отделением клиники РостГМУ. Сфера научных интересов: эндопротезирование крупных суставов, костная пластика, периоперационное ведение больных, психосоматические расстройства у ортопедических больных.

Тел.: +79185585182

E-mail: alabut@mail.ru



**СИКИЛИНДА В. Д.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии РостГМУ. Сфера научных интересов: эндопротезирование крупных суставов, костная пластика, онкоортопедия, тазовая боль, артрология.

Тел.: +79185583067

E-mail: v.sikilinda@yandex.ru



**ЛУБЯНКО И. А.**, ассистент кафедры медицинской психологии и психотерапии РостГМУ. Сфера научных интересов: психосоматические расстройства, когнитивно-поведенческая психотерапия, психофармакотерапия депрессивных расстройств, невротических расстройств.

E-mail: lu-bjanko@mail.ru



**ГОЛОВКО Р. Л.**, ординатор кафедры травматологии и ортопедии РостГМУ. Сфера научных интересов: оперативная ортопедия, неотложная травматология, психосоматические расстройства у травматологических и ортопедических больных.

Тел.: +79613313417

E-mail: golromaleo105@gmail.com



**ХАЙКИН А. В.**, 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](mailto:alval_khaikin@mail.ru)

Сайт: [khaikin.ru](http://khaikin.ru).



**ЯКОВЛЕВА Н. В.**, психолог, выпускница факультета психологии ЯрГУ, кандидат психологических наук, доцент, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой общей психологии с курсом педагогики Рязанского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова, член-корреспондент Международной академии психологических наук, руководитель регионального отделения и член правления Восточно-Европейского психосоматического общества.

E-mail: [yakovleva.nata2@gmail.com](mailto:yakovleva.nata2@gmail.com)



**ГАУС Э. В.** — аспирант Академии психологии и педагогики Южного федерального университета, психолог-практик. г. Ростов-на-Дону

Тел.: +79508597111

E-mail: [emma@psygod.ru](mailto:emma@psygod.ru)



**КУДАЕВ А. Е.**, директор Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА», автор метода «Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психология, физика.

E-mail: artemida61@mail.ru



**ЗАМЛЕЛАЯ И. В.**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры фармакологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО Ростовского Государственного Медицинского Университета Минздрава РФ, врач биорезонансной терапии Медицинского Центра Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психосоматическая медицина, фитотерапия.

E-mail: zamlelaya\_irina@rambler.ru



**ХОДАРЕВА Н. К.**, кандидат медицинских наук, заведующая отделением рефлексотерапии ГБУ РО «Центр Восстановительной медицины и реабилитации №1», главный врач Центра Медицинских Инновационных Технологий «АРТЕМИДА».

Научные интересы: биорезонансная терапия, психосоматическая медицина.

E-mail: nkh@nm.ru



**КОШАНСКАЯ А. Г.** — медицинский психолог, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогической психологии Адыгейского государственного университета, доцент кафедры терапии лечебного факультета Майкопского государственного технологического университета. Автор и соавтор 56 печатных работ. Основное научное направление — поиск механизмов формирования психосоматических расстройств с позиции биопсихосоциального подхода. Член ОСПК. Действительный член ОППЛ.

Тел.8-918-421-07-56

E-mail: koangen@list.ru



**КРЮЧКОВА М. Н.**, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС РостГМУ.



**ОЛЕНКО Е. С.** — профессор кафедры нормальной физиологии им. И. А. Чувского, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, д.м.н.

Тел. сот 8-917-211-94-77,  
раб. тел 8-845-266-97-44

E-mail: olenco@mail.ru



**ДЕЕВА М. А.** — ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Тел. сот. 8-927-131-50-20,

E-mail: margaritadeeva@yandex.ru



**КИРИЧУК В. Ф.** — заведующий кафедрой нормальной физиологии им. И. А. Чуевского, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор

Тел. сот. 8-960-348-47-90,

раб. тел. 8-845-266-97-57

E-mail: normalf@yandex.ru



**ПРАВДИНА Л. Р.**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии управления и юридической психологии Академии психологии и педагогики ЮФУ, мастер спорта, тренер и инструктор по скалолазанию, сертифицированный телесно-ориентированный психолог, руководитель программы доп. образования по телесно-ориентированной психологии в ЮФУ. Научные интересы: телесно-ориентированная психология, психология здоровья, психология спорта и физической культуры, организационная психология.

E-mail: lprlis7@gmail.com



**АНДРЕЕВА Г. О.** – 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



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

E-mail: sbabaeva@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 Я. В.** — 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 М. В.** — автор телесно-ориентированной инсайт-терапии, автор современного мифодраматического подхода, генеральный директор консультативно-тренинговой компании «Hi-human technologies». Психолог, психотерапевт единого европейского регистра, сертифицированный специалист по процессуальной работе. Официальный преподаватель и супервизор практики Европейской Ассоциации психотерапии. Преподаватель высшей школы (МГУТУ, Академия госслужбы).

Предмет профессиональных интересов: подготовка специалистов по ТИ (психологов/психотерапевтов), создание новых метанавыков для работы практического психолога, разработка концепции психосоматической индивидуальности.

Контакты: сайт <http://hi-human.ru/>

E-mail: [hi-human@hi-human.ru](mailto:hi-human@hi-human.ru)

Соцсети: <https://www.facebook.com/hhtechnologies/>, <https://vk.com/hihuman>,  
<https://www.facebook.com/groups/125758814301682/>



**ИНГЕРЛЕЙБ М. Б.**, старший преподаватель кафедры психологии образования Академии психологии и педагогики Южного Федерального университета, врач-невролог, врач традиционной китайской медицины, автор более 50 книг по медицине, боевым искусствам, здоровому образу жизни. Член МНПОО «Восточно-Европейское Психосоматическое Общество»

Научные интересы: волевые процессы, саморегуляция, боевые искусства.

E-mail: [ingerleyb@gmail.com](mailto:ingerleyb@gmail.com)



**ИСАЧЕНКОВА О. А.** — мед. психолог, врач терапевт, к.м.н., старший научный сотрудник Приволжского федерального медицинского исследовательского центра, г. Нижний Новгород,

E-mail: [isachenkova@mail.ru](mailto:isachenkova@mail.ru).



**ПЕРЕПЕЧАЕВА А. В.**, аспирант кафедры хирургических болезней №2 ФПК и ППС Ростовского Государственного Медицинского Университета.



**ПИЛИЕВА А. В.**, ординатор кафедры травматологии и ортопедии Ростовского Государственного Медицинского Университета.



**ПЕТРЕНКО С. Н.** Ph.D., врач-психотерапевт, клинический психолог, член Российской Психотерапевтической Ассоциации.  
Руководитель проекта «Лечебный Звук AVAILSOUND®», Санкт-Петербург.  
Врач психоневролог Центра Детской Восстановительной Медицины и Реабилитации №3.  
[www.availsoud.com](http://www.availsoud.com)  
E-mail: [availsoud@gmail.com](mailto:availsoud@gmail.com)