

Основы психосоматики

Монография содержит фундаментальный материал общей и частной психосоматики, необходимый и достаточный для междисциплинарной интеграции психологических и медицинских данных в изучении психосоматических расстройств. Особое внимание уделено коммуникативным проблемам в процессе диагностики и реабилитации с позиций клинической лингвистики, вопросам психосоматических взаимоотношений, комплексному подходу к разработке индивидуализированных терапевтически реабилитационных программ в рамках психобиосоциальной модели. Учебное пособие предназначено для широкого круга специалистов, интересующихся проблемой психосоматики, студентов, врачей всех специальностей, психологов, социологов, реабилитологов.

Основы психосоматики



Игорь Ганзин

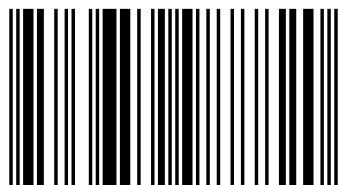
Основы психосоматики

Интегративный подход в рамках психобиосоциальной модели



Игорь Ганзин

Ганзин Игорь Викторович, доктор медицинских наук, практикующий врач-психиатр и психотерапевт, лауреат Премии Автономной Республики Крым. Автор 90 печатных работ, трех персональных монографий. Область научных интересов: клиническая (психиатрическая) лингвистика, психоанализ, психосоматика, этология, психотерапия, психиатрия.



978-3-659-98882-0

Ганзин


Palmarium
academic publishing

Игорь Ганзин

Основы психосоматики

Игорь Ганзин

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

**Интегративный подход в рамках
психобиосоциальной модели**

Palmarium Academic Publishing

Impressum / Выходные данные

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Библиографическая информация, изданная Немецкой Национальной Библиотекой. Немецкая Национальная Библиотека включает данную публикацию в Немецкий Книжный Каталог; с подробными библиографическими данными можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://dnb.d-nb.de>.

Любые названия марок и брендов, упомянутые в этой книге, принадлежат торговой марке, бренду или запатентованы и являются брендами соответствующих правообладателей. Использование названий брендов, названий товаров, торговых марок, описаний товаров, общих имён, и т.д. даже без точного упоминания в этой работе не является основанием того, что данные названия можно считать незарегистрированными под каким-либо брендом и не защищены законом о брендах и их можно использовать всем без ограничений.

Coverbild / Изображение на обложке предоставлено: www.ingimage.com

Verlag / Издатель:

Palmarium Academic Publishing

ist ein Imprint der / является торговой маркой

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Deutschland / Германия

Email / электронная почта: info@palmarium-publishing.ru

Herstellung: siehe letzte Seite /

Напечатано: см. последнюю страницу

ISBN: 978-3-659-98882-0

Copyright / АВТОРСКОЕ ПРАВО © 2013 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Все права защищены. Saarbrücken 2013

Docendo discimus.

Обучая, мы учимся.

Сенека

Введение

В последние два десятилетия неуклонно возрастает интерес к проблемам психосоматики со стороны широкого круга специалистов. Это обусловлено целым рядом причин:

- ростом пограничных психических расстройств, их склонностью к соматизации как одним из главных проявлений клинического патоморфоза;

- возрастанием функциональной соматической патологии, её разнообразием;

- трудностями диагностики в связи с возрастающим количеством коморбидных расстройств;

- интересом к психологическим проблемам в клинической медицине, толерантностью психиатров к психоаналитическим концепциям, и, в свою очередь, стремлением психологов к осмысленной работе в клинике, что способствует сближению и интеграции медицинской и психологической моделей в пограничной психиатрии и психотерапии; неудовлетворенностью клиницистов психофармакотерапией и более широким использованием психологических методов терапии и реабилитации, что призвано соответствовать актуальным запросам населения;

- профилактически реабилитационными тенденциями в современной клинической медицине, привлечением к процессу широкого круга специалистов: психологов, дефектологов, реабилитологов, социальных работников.

В то же время существует и ряд насущных проблем, требующих активного разрешения:

- отсутствие единой модели психосоматической патологии, большое количество теоретических концепций, оторванных от клиники, что привело к отчуждению от психиатрии (в международной классификации МКБ - X нет ни единого упоминания термина «психосоматика», он воспринимается лишь как историческая динамика тех или иных концепций);

- отсутствие разграничений концептов «психосоматический», «соматопсихический», «функциональный», «невротический», в особенности, в руководствах психологической модели;

- отсутствие чёткой дефиниции круга истинно психосоматических расстройств, разнородность классификаций;

- отсутствие достоверных клинико-психологических корреляций в психосоматике, что особенно рельефно отражает проблема психосоматических взаимоотношений;

- отсутствие руководства для психологов, которые бы мягко адаптировали проникновению в суть основных медицинских концептов и моделей, формировали подходы к клиническому мышлению, делая фигуру больного рельефной, реалистичной и многоаспектной, а коммуникации с ним более продуктивными и естественными;

- громоздкость и размытость многих руководств по психосоматике, в которых академизм превалирует над прагматизмом.

Настоящее пособие имеет своими задачами приблизиться к решению вышеуказанных проблем. Нам представляется наиболее перспективным рассмотрение психосоматических расстройств в рамках биопсихосоциальной модели, как наиболее соответствующей клиническим задачам и перспективной для создания интегративных подходов. Пособие ориентируется в первую очередь на студентов и специалистов немедицинской подготовки: психологов, дефектологов, реабилитологов, социологов, социальных работников.

РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА.

Глава I. Определение понятий и предмет исследования психосоматики. Краткая история. Основные психосоматические теории и модели.

Historia est magistra vitae

История – учитель ница жизни

Цицерон

1.1. Определение предмета.

Психосоматика (греч. *psyche* – дух, душа; *soma* – тело).

Психосоматика – раздел медицины, изучающий взаимоотношения психических и соматических процессов, тесно связывающих человека с окружающей социальной средой.

Психосоматический подход предполагает целостное рассмотрения болезней, не как поражения отдельного органа или системы, а как функциональные сдвиги во всём организме, опосредованные внутренней психодинамикой и социальными межличностными интеракциями.

Психосоматолога интересует история жизни пациента в разрезе становления его личности основных психодинамических конфликтов на фоне функционирования организма как полуоткрытой саморегулирующейся системы, подверженной, в равной степени, как внутренним (психологическим), так и внешним вредностям (физические, инфекционные, социально-психологические). Исходя из сказанного, развитию психосоматики могут способствовать только скоординированные и интегрированные междисциплинарные исследования в широком круге научных дисциплин: клинической медицины, психиатрии, психотерапии, широкого спектра психологических подходов и психоанализа, социологии[3,18,64,65,97].

1.2. Краткий экскурс в историю психосоматики.

[1,18,38,44,64]

- Греческая философия (Платон, Аристотель) – идеи о влиянии души и духа на тело.
- Английский поэт Самюэл Колридж – 1798 г., 1811 г. – первое употребление термина «психосоматической» в современном смысле.
- Немецкий психиатр Иоганн Хайнрот – 1818 г. – впервые использовал понятие «психосоматическая медицина». Рассмотрение этиологии туберкулёза, эпилепсии и рака в психологическом, прежде всего, этиологическом аспекте (как результат злобы, стыда и сексуальных страданий).
- Немецкий психиатр М. Якоби – 1822 г. – понятие «соматопсихического».
- Врач Новалис – создание «психофизиологии» - рассмотрение болезни как взаимодействие тела, души и духа с максимально широкой концепцией психосоматики.
- Философ Фридрих Ницше – философия, которая «исходит из тела и нуждается в нём, как в путеводной нити», «разум-тело», «практическая мораль», как «часть искусства и науки исцеления».
- Лудольф Крель (Гельдейбергская терапевтическая школа) – 20-е гг. XX века – психофизиологическое влияние аффектов на телесные функции и на соматические заболевания, учётом личности больного.
- Виктор Вайцеккер – новое понимание телеснодушевных соответствий, проработка жизненных ситуаций через особое внутреннее состояние, телесные установки – в специфическую реакцию субъекта.
- Берлинский терапевт Густав Бергманн – 1936 г. – учение о функциональной патологии. Открытие стадии «функ-

ционального нарушения побуждений» до появления органических изменений.

- Дрезденский врач и аналитики Штегманн – 1908 г. – впервые описал бронхиальную астму у детей.
- Психоналитик Федерн – 1913 г. – доклад на Венском психоаналитическом обществе случая больного с астмой.
- Г. Хейер., Э. Витковер – опыты с гипнозом, изучение влияния психических раздражителей и представлений на деятельность желудка и желчного пузыря.
- В. Вайцзеккер – 1935 г. – «Изучение патогенеза» - психосоматические исследования тонзиллярной ангины, несахарного диабета, пароксизмальной тахикардии.
- Врач Г. Гродцен – с 1917 г. – психосоматическое лечение и интерпретация соматических болезней.
- 1928 г. – в Германии основан журнал «Невропатолог», где освещались вопросы психосоматических взаимосвязей.
- Венский психоаналитик Феликс Дойч – 1927 г. – основная концепция психосоматики; 1939 г. – в США основал журнал «Психосоматическая медицина» - органа американского психосоматического общества, образованного в 1904 году.
- Фландерс Данбер – 1935 г. – описание дифференцированных личностных профилей при различных соматических заболеваниях; 1948 г. – книга «Обзор психосоматической диагностики и лечения».
- Психоаналитические теории в психосоматике (З. Фрейд, О. Фенихель, М. Шур).
- Ф. Александер – исследование психодинамических конфликтов при различных соматических заболеваниях.

- 1950 г. – А. Мичерлих открыл в Гейдельберге первую психосоматическую клинику при университете. В последующем создаётся ряд психосоматических отделений, как в составе клиник, так и как самостоятельное учреждение.
- 1954 г. – первый немецкий «Журнал психосоматической медицины и психоанализа».
- 1956 г. – первый английский «Журнал психосоматических исследований».
- Э. Линдемманн., З. Липовский., Г. Энгель (США) – создание внутрибольничных амбулаторий, с психодинамически ориентированными, психотерапевтически подготовленными психиатрами. Исследование соматических связей в междисциплинарном взаимодействии (нейроэндокринология, биохимия, иммунология).
- Американский психосоматик Г. Вайнер «Психобиология и болезнь человека» - многофакторных анализ в психосоматике.
- 1988 г. – Т. Икскюль, В. Везиак – «Теория гуманной медицины» - системная теория в психосоматике.
- Современность: акцент на терапевтические задачи, развитие бихевиоральных программ в психотерапии, интегративные тенденции медиков, аналитически ориентированных психиатров и психологов.

1.3. Основные психосоматические теории и модели.

[1,12,47,55,64,80,92,95,106]

1. Характерологически ориентированные направления и типологии личности.

- Гиппократ, Галлен: соматопсихические конституции (сангвиник, холерик, меланхолик, флегматик) и их связь со склонностью к определённым болезням.

- Эрнст Кречмер: психологическая теория конституции: лептосомы – склонность к туберкулёзу лёгких и гастритам, пикники – ревматизм, атеросклероз, болезни желчных путей, атлетики – эпилепсия, мигрень.

- Вильям Шелдон: связь конституции психических особенностей болезней.

- Фландерс Данбар – явление двух типов личности:

- «личность, склонная к несчастьям» - импульсивность, авантюризм, низкий контроль агрессии, особенно к авторитетам, неосознаваемое чувство вины, тенденции к самонаказанию;

- «личность, склонная к инфаркту миокарда» - выдержанность, самообладание, склонность к самопожертвованию.

- Р. Роземан, М. Фридман (1964, 1966 гг.) – проведение типа А – склонность к развитию инфаркта миокарда: стеничность, гиперответственность, авторитаризм, трудоголизм, подавление аффектов.

II. Психоаналитические концепции (болезнь-конфликт)

- Конверсивная модель (З. Фрейд, О. Фенихель)

Перевод неприятного представления в соматическую сферу. Симптом связывает психическую энергию и переводит её в бессознательное. Выбор симптома и органа имеет символическое значение, генетически обусловленную predisposition и связь с инфантильным травматическим опытом.

- Теория Де – Ресоматизации М. Шура.

Психосоматическое симптомообразование – результат топической и временной регрессии. По мере развития ребёнка негативные

эмоциональные переживания, вызывающие двигательные и соматовегетативные реакции заменяются осознанием и переработкой в ощущениях, представлениях, мыслях и речи. Это – эволюционный процесс – десоматизация. Ресоматизация – возврат к регрессивным формам реагирования с развитием психосоматических проблем в ответ на определённые значимые и тяжёлые психотравмы.

- Концепция G. Engel, A.Schmale (1975).

Психологическая концепция конверсии проводит разделение между актом конверсии и вторичными последствиями (характером поражения). Орган поражения детерминирован символически. Нарушения являются соматопсихически-психосоматическими: в начале повреждения, затем вырабатывается психическое представление с последующей вторичной символизацией. Предиспозиционные биологические факторы участвуют в онтогенезе психики. Авторы выделяют неспецифическую и специфическую готовность индивидуума к психосоматическим заболеваниям в связи со специфическими и неспецифическими конфликтами.

- Психосоматическая концепция А. Мичерлиха (1953 г.)

Концепция двухфазного вытеснения – динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. На первой фазе происходит недостаточная борьба с невротическим комплексом путём его вытеснения. Во второй – сдвиг в динамике соматических защитных процессов в рамках регрессивной соматизации. Причина психосоматического заболевания – реальная или вымышленная утрата объекта и обеднение «Я».

- Теория специфического психодинамического конфликта Ф. Александера 1950 г.

Теория связывает дифференцированные психологические гипотезы с физиологическими и патологическими соматическими

процессами. Александр изучал вегетативные неврозы – функциональные нарушения в различных системах без поражения внутренних органов и классические психосоматические заболевания (язвенную болезнь 12-перстной кишки, эссенциальную гипертензию, бронхиальную астму), чем заложил основы современной психосоматики. Он чётко разграничил психосоматические процессы от конверсии. Вегетативная симптоматика отражает те или иные эмоциональные состояния и связано с травматическим опытом индивида, а не с типологией личности. Повышенное возбуждение парасимпатической нервной системы – результат неудовлетворённого желания защиты и зависимости; симпатическое перевозбуждение и извращение вегетативных реакций – следствие подавленной агрессивности и конкурентности. Для каждого невроза Александр составлял динамическую основополагающую схему, объединяющую типологию личности, типичные конфликтные ситуации, аффекты с конкретной патологией. Он выделял специфические психологические конфликты, предрасполагающие к определённым заболеваниям при наличии специфического комплекса генетических, биохимических и физиологических «X – факторов». Эти конфликты реактивируются определёнными жизненными ситуациями, созвучными с различными травматическими переживаниями. Сильные эмоциональные переживания способствуют соматическим сдвигам в организме.

- Теория переживаний потери объекта и отказа от веры в будущее.

Freyberger (1976) описывает психосоматическую линию развития, обусловленную переживаниями потери объекта. Как следствие – развивается депрессия с чувствами отказа от борьбы и брошенности.

- Когнитивный поход и «схема тела» по П. Шильдеру.

Схема тела – сложная, исторически многослойная, комплексная (биологическая, психологическая, социальная) конструкция, изучение психодинамики которой позволяет объяснять развитие тех или иных психосоматических нарушений.

- Теория нарушения структуры Я.Г. Аммона.

Психосоматическая реакция в понимании автора – следствие нарушений взаимодействия с окружающим миром, которая формируется в раннем детстве, закрепляется в дефицитности личности и манифестирует под действием социальных стрессоров во взрослой жизни. Аммон выделяет две группы психосоматической симптоматики: первичную – генерализованную фиксированием, затрагивающим первичные функции «Я» (нарушение моторики, речи, зрения, пищевого поведения) и вторичную - динамическую, привязанную к ситуации с архаичным симвоолообразованием органической симптоматики.

III. Психосоматическая структура личности, особенности коммуникативных стилей и алекситимия.

[15,26,29,39,64,90,91,98,106]

Алекситимия, согласно концепции Сифнеоса нарушения в когнитивно-аффективной сфере, снижающие способности к вербализации и осознанию эмоциональных переживаний, генез которых рассматривается в рамках психоаналитических концепций.

Четыре типичных признака алекситимии:

1. Ограниченная способность к фантазированию, механистичный утилитарный тип мышления.

2. Неспособность вызывать переживаемые чувства, как на вербальном, так и на невербальном уровне.

3. Приспособленность к товариществу при «пустоте отношений».

4. Неспособность к объектным отношениям и переносу, тотальная идентификация с объектом, зависимость от него.

Этиологические теории.

1. Гипотеза дефицита (J. Ruesh) «первичное застревание» на ранней фазе развития.

2. Гипотеза регресса вследствие психотравмы.

3. Гипотеза наследования.

4. Гипотеза нейроанатомического, нейрофизиологического нарушения.

5. Гипотеза социально-психологического формирования реакции: алекситимия – феномен типичного приспособления коммуникативного стиля к особенностям современного западного индустриального общества.

Типичные проявления алекситимии, исходя из указанных представлений, наглядно отражены в Торонтской алекситимической шкале (Taylor G.J., 1985). (таблица 1).

Нами разработаны представления об алекситимии в рамках *клинико-этолого-лингвистической модели* (Ганзин И.В., 2002 г.) [29,30].

Табл. 1 «Торонтская алекситимическая шкала»

Бланк опросника.

Инструкция. Вам предложено некоторое количество вопросов; на них следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не тратьте время на обдумывание. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Вопрос	Со- вершенно не согла- сен	Ск орее не согласен	Ни то, ни другое	С корее согла- сен	Со- вершенно согласен
1. Когда я плачу, я всегда					

знаю почему.					
2.Мечты – потеря времени.					
3.Я хотел бы быть не таким застенчивым.					
4.Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю.					
5. Я часто мечтаю о будущем.					
6.Мне кажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие.					
7.Знать как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений.					
8.Мне трудно находить правильные слова для моих чувств.					

9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.					
Вопрос	Со- вершенно не согла- сен	Ск оре не согласен	Ни то, ни другое	С корее согла- сен	Со- вершенно согласен
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятный даже докторам.					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит.					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства.					

13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто описывать.					
14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол.					
15. Я часто даю волю воображению.					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим.					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моём теле.					
18. Я редко мечтаю.					
19. Я предпочитаю, чтобы всё шло само собой, чем пони-					

мать, почему произошло именно так.					
Вопрос	Со- вершенно не согла- сен	Ск орее не согласен	Ни то, ни другое	С корее согла- сен	Со- вершенно согласен
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение.					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях.					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям.					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства.					
24. Следует					

искать более глубокие объяснения происходящему.					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри.					
26. Я часто не знаю, почему сержусь.					

Оценка результатов.

Ответ «совершенно согласен» оценивается в 1 балл, «совершенно не согласен» - в 5 баллов. Оценка уровня алекситимии производится путём суммирования баллов, полученных за ответы на вопросы. При этом баллы, поставленные при ответе на вопросы, 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24 считаются со знаком минус.

Уровень алекситимии у здоровых людей – до 62 баллов. 63, 73 балла – зона риска, свыше 74 баллов – наличие алекситимии.

Ниже приведен средний уровень алекситимии у больных с психосоматическими расстройствами, больных неврозами и здоровых лиц ($p < 0,01$):

психосоматические заболевания:

бронхиальная астма – 71,8+1,4;

гипертоническая болезнь – 72,6+1,4;

язвенная болезнь – 71,1+1,4.

Неврозы – 70,1+1,3.

Контрольная группа здоровых – 59,3+1,3.

Алекситимия – феномен, характеризующий и описывающий особый коммуникативный стиль, как в норме, так и при различных формах психических расстройств. Для алекситимии характерна сниженная способность к выражению и пониманию эмоциональных категорий, что проявляется во всех аспектах речевого поведения:

- вербальном – сниженное употребление эмоциональных категорий речи – существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных и определительных наречий; аморфность и нерасчлененность оценочных суждений, категоричность и полярность оценок, их детерминация внешними социальными нормами, замена эмоциональных категорий другими модальностями (например, соматическими).

- просодическом – сниженная способность к пониманию и узкий спектр использования в речи эмоциональных аспектов: интонации, тона, громкости, акцентуации слов и т.п.;

- мимическом – бедность мимики и пантомимики, сопровождающих речевое поведение, снижение импрессивной способности – оценки эмоционального состояния других людей по их невербальному поведению;

- коммуникативном – отсутствие нацеленности на открытое и конструктивное общение в микросоциуме, закрытость и отгороженность, сложность создания доверительных отношений, эгоцентризм, затруднения в формировании терапевтических отношений с врачом и медицинским персоналом.

Для выявления, изучения и оценки степени выраженности алекситимии нами разработан специальный глоссарий (таблица 2). Глоссарий разработан на основе изучения речевого поведения 300 больных различными психическими расстройствами с явными проявлениями

алекситимии. В нем исследуются личностные и социально-психологические характеристики пациентов, особенности речевого поведения и коммуникации в микросоциуме.

Среди личностных и социально-психологических характеристик, предрасполагающими к развитию алекситимии являются следующие:

- воспитание в духе рационализма, терпимости и непозволительности эмоций;
- большая зависимость от мнения родителей, симбиотическая связь с ними;
- наличие стереотипов в субъективной картине мира, упрощающих и примитивизирующих отношения между людьми, препятствующих гибкому и творческому подходу и решению проблем; слабый интерес и недоверие к людям, опора на авторитеты, отношения подчинение-субмиссия и т.п.;
- конкретное механистическое мышление;
- неадекватность эмоциональных действий в социальном плане, что приводит к конфликтам, социальной изоляции, углублению эгоцентризма, снижению уровня социальной поддержки и одобрения.

Из клинических характеристик значимыми являются недооценка роли психологических факторов и психических конфликтов, и их вклада в болезненную симптоматику; склонность к соматизации внутренней картины болезни, анозогностические тенденции.

Наличие или отсутствие того или иного признака оценивается в баллах, при суммации которых получается результат в рамках 4-х категорий, характеризующий степень выраженности алекситимии и обуславливающий необходимость проведения специальных мероприятий, так как наличие выраженной алекситимии является неблагоприятным прогностическим фактором.

Мы выделяем 2 вида алекситимии: первичную и вторичную. Первичная алекситимия обусловлена индивидуальными особенностями речевого поведения личности и наблюдается как у здоровых лиц, так и при патологии – главным образом, в клинике невротических, постстрессорных и соматоформных расстройств, в меньшей степени, при неврозоподобных расстройствах, соматогенных и в клинике органических поражений головного мозга, аффективных расстройствах настроения. Вторичная алекситимия связана с модифицирующим влиянием на речевое поведение самого болезненного процесса. В свою очередь вторичная алекситимия подразделяется нами на два варианта:

1) регрессирующую (обратимую) – вследствие купирования болезненного процесса и проведения специальных лечебно-реабилитационных мероприятий); и

2) прогрессирующую (необратимую).

Регрессирующая алекситимия встречается в клинике острых психотических расстройств неорганического генеза, при благоприятном течении аффективных расстройств с полноценными и длительными интермиссиями. Прогрессирующая алекситимия связана с нарастанием эмоционально-волевых расстройств при длительном течении шизофрении (при простой форме – с инициального периода расстройства); усилении тяжести органического поражения головного мозга, неблагоприятном течении аффективных расстройств настроения.

**Табл.2. ГЛОССАРИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ
АЛЕКСИТИМИИ.**

№п/п _____

Ф.И.О. больно-

го _____

Возраст _____

Ds. _____

№ п/п	Личностные, социально-психологические коммуникативные и лингвистические характеристики	Оценка признака		Баллы
		Отсутствие	Наличие	
1.	Воспитание в духе рационализма Терпимости,непозволительности эмоций	-1	+1	
2.	Большая зависимость от мнения родителей, симбиотическая связь с ними	-0,5	+0,5	
3.	Стереотипы в субъективной картине мира а)Рассмотрение отношений между людьми с позиции власти-подчинения б)примитивная картина окружающего мира, категоричность, ригидность суждений, упрощенность причинно-следственных связей, консерватизм в)отсутствие гибкости и творческого подхода к решению проблем г)слабый интерес и недоверие к людям д)жесткое структурирование и ранжирование окружающего, тяготение к авторитетам	0 -1 -0,5 -0,5 -0,5	0,5 +0,5 0,5 +0,5 +0,5	

4.	Конкретное механическое мышление	-1	+1	
5.	Затруднение осознания психических конфликтов как причины своего плохого самочувствия	-0,5	+1	
6.	Соматизация внутренне картины болезни	-1	+2	
7.	Неспособность осознания и вербализации собственных эмоций	-3	+3	
8.	Сниженное употребление категорий речи (существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных, определительных наречий)	-2	+2	
9.	Бедность и стереотипность невербальной экспрессии при описании своих проблем и самочувствия	-2	+2	
10.	Снижение импрессивной способности – неспособность судить об эмоциональном состоянии других по невербальному поведению, сниженная способность к эмпатии	-2	+2	
11.	Неадекватность эмоциональных действий в социальном плане, что приводит к конфликтам, социальной изоляции, углублению эгоцентризма, снижению уровня социальной поддержки и одобрения	-2,5	+2,5	
12.	Особое речевое поведение: а) детерминация извне внешними социальными нормами: употребление выражений «должен», «обязан», «необходимо» вместо: «хочу», «чувствую», «стремлюсь» б) аморфность и нерасчлененность оценочных суждений: «всегда», «как все», «никогда» и т.п. в) полярность и категоричность	-0,5 -0,5	+0,5 +0,5	

	оценок: «плохо», «хорошо», «правильно», «неправильно», г)типичны высказывания по поводу своего самочувствия: «не могу сказать», «затрудняюсь ответить» д)замена эмоциональных категорий соматическими: «устал», «перенервничал» и т.п. е)употребление выражений, не позволяющих дифференцировать эмоциональное состояние по паттернам и модальностям: «нормально», «плохо», «хорошо» и т.п.	-05 -1 -1 -0,5	+0,5 +1 +1 +0,5	
13.	Нацеленность на контакт с врачом, успешное и быстрое формирование терапевтического союза	-0,5	+0,5	
14.	Открытость и конструктивность в общении с персоналом	-1	+1	

Подсчет баллов и оценка полученного результата:

- *менее 8 баллов:* Феномен алекситимии у данного пациента отсутствует;
- *от 8 до 15 баллов:* Алекситимия присутствует, но в незначительной степени, не оказывающей существенного влияния на течение, прогноз и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий;
- *от 15 до 22 баллов:* Выраженная алекситимия;
- *более 22 баллов:* Алекситимия выражена в значительной степени, что сочетается с соматоцентрированной внутренней картиной болезни, выраженной социальной дезадаптацией. Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий затруднено, прогноз ухудшается.

IV. Психофизиологически ориентированные модели.

- Теория стресса (Кэннон, Селье).

Психосоматические расстройства – болезни неотреагированных эмоций вследствие истощения ресурсов организма при длительных или массивных стрессах, несовершенство адаптивных способностей и приспособительных стратегий.

- Классическая условно-рефлекторная модель и кортико-висцеральная теория И.П. Павлова.

Психосоматическая патология – следствие срыва центральной регуляции процессов в организме с образованием патологических условных рефлексов.

- Синдром дефицита удовлетворённости К. Блюма.

Длительное пребывание в стрессе, нарушая биохимические механизмы, сигнализирующие об удовлетворённости отдельных функций, что ведёт к депрессии и тревоге, которые человек стремится компенсировать с помощью приёма психоактивных средств, поведения, связанного с риском, повышенной агрессивности.

V. Интегративные модели

- Модель здоровья болезни и болезненного состояния Вайнера.

Интегративный подход ориентирован на процесс, а не на структуру, пытается объяснить парадоксальный факт возникновения симптомов при отсутствии анатомических повреждений или нарушения физиологических функций, с учётом всего комплекса многочисленных факторов, ответственных за предрасположение, выявление, поддержание и течение болезни с их последствиями для больного и его социального окружения.

- Биопсихосоциальная модель Иксюля и Везиака.

В рамках теории систем и современной семиотики разработана модель, интегрирующая взаимодействие на социальном, биологическом и психологическом уровнях функционирования личности, как обмен знаками в динамическом временном аспекте.

- Медицинская антропология В. Вайцеккера

Теория предполагает осмысление болезни в контексте герменевтики истории жизни пациента, субъективности переживания им тех или иных событий, отношение к окружающему миру. Вайцеккер описал «круг образов» - непрерывную взаимообогащающуюся и законченную телесно-психическую круговую связь. Также им введено понятие «криза» - поворотного пункта при нарушении ритма жизни, переживаниях разлуки, сопровождающихся переворотом в соматических функциях. Психосоматическое учение Вайцеккера привело к новым идеям о структуре человеческого развития и определяющих его силах. Так им было введено понятие «патических категорий». Последние предполагают комплекс, описывающие жизнь как существование в рамках обязательств, терпения, необходимости принятия решений, накопления опыта. Из этого комплекса происходят события, имеющие непосредственное отношение к формированию психосоматических реакций и заболеваний.

1.4 Психосоматическая теория А.Менегетти.[67]

Весьма интересным и ценным, на наш взгляд, является понимание психосоматических проблем в рамках онтопсихологии А.Менегетти. Указанный подход оригинально объединяет целый ряд научных парадигм (в первую очередь, психоаналитическую и гуманистическую), весьма прагматично для использования в целях более

глубокого понимания сущности психосоматической патологии и её психологической терапии.

Разработанная Менегетти теория онтопсихологии базируется на трёх основных принципах:

1. Знание базовой информации семантического поля.

Для анализа и изучения симптома необходимо располагать точной информацией о деталях формирования болезней в отношении обстоятельств её возникновения, субъективных и физиологических предпосылок.

2. Рациональные знания процессов, индуцированных монитором отношения – интегративной характеристикой процессов межличностной и интраперсональной коммуникации.

3. Знание онто Ин-се.

Онто ин-се – базовый критерий существования человека, специфицирующий природную, молекулярно-биологическую, историческую форму бытия. Указанный критерий позволяет исследовать глубинные сути реальности.

Основные постулаты психосоматики:

1. Здоровье – свободное течение энергии, интегрирующейся в единое целое.

2. Первичная энергия, одинаковая для мыслей и тела.

3. Экзистенциальная типология. Человек обусловлен тем типом жизненной индивидуации, которым констатирует или которым является. Человек не может вступать в противоречие с тем, что он уже есть. Первичным является не развитие, а самосохранение.

4.Субъект в конфликтной ситуации не предпринимает никаких действий – на его защиту приходят органические изменения – включение вторичной энергии для сохранения первичной.

5.Индивидуация – силовая точка в средовом и языковом поле, в совокупности с подобными ей образует определённый вид магнитного поля, индивид – момент конденсации этой энергии. Данная позиция помогает понять специфику влияния на субъекта окружающей среды, времени, определённого типа семьи, различные виды реагирования в специфических ситуациях (например, почему в семье, когда выздоровливает один её член, другой – заболевает).

6.Ложь – защитный механизм первичной энергии, как закон приспособления.

7.Априорное «Я» - разумная форма сознания первична, бессознательное – производно.

8.Психосоматическое изменение.

Органическое изменение начинает действовать, когда основной энергии недостаточно для компенсации столкновения индивидуума с окружающей средой. Вытесненный комплекс всегда готов к фиктивной защите и начинает действовать при столкновении с опасностью, которая аккумулируется с первой, ставшей причиной вытеснения. Скрытые воспоминания всегда проецируют во внешний мир травматическое напряжение. По закону параллелизма период между конфликтом и его соматически преобразованием может составлять от нескольких дней до нескольких лет. Тяжесть происходящего определяется не объективными условиями, а субъективной оценкой. Соматический аспект всегда альтернативен психическому. Эмоции соматизируются при нерациональном разрешении конфликта.

9.Историчность.

Первые признаки болезни проявляются в характере или соматизации в первые 6-7 лет. Любая болезнь – внутриспихическая конфликтность невротического характера, связь с регрессом.

10. Болезнь – это всегда язык цельного человека. Нельзя вылечить болезнь, не понимая её этиологии и не учитывая психологических факторов. Болезнь – одна из реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Психосоматическое и соматопсихическое – одно и то же.

11.Многие органические патологические процессы со временем превращаются в автономные системы вследствие вытеснения. В бессознательном вытесненный аффект остаётся постоянно действующим. Болезнь взлелеяна обществом, так как оправдывает слабости, обеспечивает прощение и защиту. Любая симптоматика порождается вытесненным содержимым. Патологический симптом – чрезвычайное частичное решение с целью ослабления напряжения. Другая функция – удержание запретного влечения и удовлетворение его на бессознательном уровне. Любая травма тем опаснее для субъекта, чем раньше она нанесена. Физическое заболевание предохраняет субъекта от ментального расщепления.

12.Патологические симптомы, как в психике, так и в соматике связаны с невротическим чувством тревоги.

13.Не существует никакого таинственного скачка от психики к телу – мы имеем дело с непрерывностью.

14.Формирование «Я» неизбежно понимается в связи с нарастающим развитием организма в среде.

15. Заболевание индивида всегда является следствием информационной ошибки.

16. Склонность субъекта к заболеванию отражает типологию, усвоенную им посредством прямой передачи информации в первые три года жизни. Болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Все болезни – формы борьбы за приспособление внешней среды к собственным нарциссическим потребностям.

17. Психическое - есть биодинамическая интенциональность любой органической эволюции.

18. Организм находится в постоянном метаболизме со средой. Психосоматическую реальность следует соотносить с процессом символизации, через который проходит «Я», как тело, как свершение, как индивидуация с детских лет до нынешнего дня. Психической идентификации предшествует идентификация телесная, соматическая и именно в силу обращения к этому процессу первичного познания может произойти патологическое изменение.

19. Ощущение здоровья свидетельствует о порядке, согласии, аутентичности. В глубине любого психосоматического аспекта существует комплекс, понимаемый как энергия, органически фиксированный неким стилем поведения, в котором отпечатались первые поведенческие модели.

Этиология.

Выбор субъекта типа болезни не случаен и зависит от структурированной в нём с детства аффективной информации. Семья- первый момент, первичная структура, создающая базовую матрицу любой инволюции субъекта. Типичным является сокрытие семейного фактора, что создаёт затруднение для формирования этиологических представ-

лений. Сокрытие семейного фактора объясняется цензурированием и вытеснением первопричины, верностью первым аффективным привязанностям, социально-юридическими теориями системы. Ведущим является опыт базовой матрицы диадических отношений «мать-ребёнок».

Психический онтогенез переходит в социальный филогенез.

Самореализация – задача исключительно личности, а не общества.

Психосоматический процесс.

Осуществляется в три стадии:

1. Попытка забыть – вытеснить экзистенциальную неразрешимую проблему.

2. Вытесненная психологическая проблема стремится к воплощению в зоне бессознательного.

3. Соматизация бессознательной проблемы. Болезнь приобретает форму, видится объективным злом, даёт освобождение от чувства вины, уклонения от ответственности, апелляцию к помощи.

Существуют три вида психосоматического смещения:

1. Смещение на собственное тело.

2. Смещение на тело пассивно зависимого, соматизация в другом человеке, в котором установлена внутренняя связь, который находится в положении зависимости.

3. Смещение в личную экономическую или политическую сферу.

Уточнения по психосоматике.

Стресс не причина, а следствие психосоматического заболевания. Психосоматическое заболевание служит выражением обмана или ошибочного проекта, направленного против собственного естества или жизни.

Усиление заболевания обусловлено исключительно стремлением первичного инстинкта к самовосстановлению.

Любые формы психосоматических расстройств проявляются и закрепляются во взрослом возрасте (27-40 лет).

Психосоматика возникает и вызывает органические осложнения в зависимости от технической возрастной готовности органа к выполнению функции.

Для лечения психосоматической патологии необходимо изменение распознанного базового проекта заболевания.

ГЛАВА II

АДАПТАЦИЯ. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ.

Guta cavat lapidem

Капля долбит камень.

Овидий.

2.1. Адаптация. Стресс.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, *здоровье* – есть состояние полного психического и психологического благополучия, при успешной адаптации индивидуума в социальной среде.

Адаптация – комплекс приспособительных реакций организма, призванный поддерживать стабильность в условиях постоянного изменения внешних и внутренних стимулов. Адаптация - динамичный напряженный процесс, требующий затраты энергии, волевых усилий, гибкого использования наработанных стратегий по совладанию со стрессорными факторами.

Под *стрессами* понимаются различные раздражители, воздействующие на целостный организм (химические, физические, бактериологические, психологические). Для оценки и анализа стрессорных факторов нужно учитывать их единичность/множественность, массивность или интенсивность воздействия, длительность, знакомость/новизна и, в первую очередь, субъективная значимость семантики стресса для индивида, с учётом особенностей его характерологических данных, событий жизненной истории, созвучных с переживаемой ситуацией. [2,3,44,75,87]

2.2. Копинг-стратегии.

Особенности взаимодействия личности со стрессами и трудными жизненными ситуациями описываются в рамках *копинг-стратегий* (англ. To cope – справиться, совладать). Термин впервые введен А. Маслоу и подразумевает совокупность изменяющихся когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов, направленных на поддержание стабильности при возникновении различных внутренних и/или внешних ситуаций, вызывающих напряжение, неготовность или невозможность быстрого контроля и выравнивания ситуации.

Выделяют следующие способы совладающего поведения:

- Разрешение проблем;
- Поиск социальной поддержки;
- Избегание.

При описании характеристик копинг-стратегии учитывают следующие факторы:

- Ориентация на урегулирование эмоциональных реакций либо направленность на разрешение проблемы и/или изменение ситуации;
- Скрытый внутренний копинг, направленный на когнитивное решение проблемы, являющийся причиной, либо открытый поведенческий копинг, направленный на оперирование с отдельными элементами ситуации.
- Конструктивные и успешные стратегии, либо неконструктивные.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что копинг-стратегии являются преимущественно осознаваемые, активными, в отли-

чие от психологических защитных механизмов, регуляция которыми осуществляется на бессознательном уровне.

В клинике психосоматических расстройств чрезвычайно важно учитывать характер адаптивных реакций личности и копинг-стратегии при столкновении с болезненным расстройством на различных этапах её течения. Важно учитывать, что цели копинг-поведения у пациента, его окружения и медицинского персонала, лиц, участвующих в реабилитации, могут не совпадать. Пациент заинтересован в приобретении психического равновесия, эффективного приспособления к жизни при проявлениях болезней и её последствиях, оптимальной адаптации требованиям лечения. Основными целями использования врачом копинг-поведения пациента является развитие познавательного отношения и мотивацией больного к лечению, его активное сотрудничество в терапии, эмоциональная устойчивость и терпеливость в процессе лечения. Лица ближайшего окружения пациента ожидают от него сохранения прежнего статуса в семье и на работе, поддержание социальных контактов.

Для всестороннего анализа механизмов совладания необходимо исследовать их проявления в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личностей пациентов.

В когнитивной сфере могут наблюдаться следующие механизмы: отвлечение, переключение мыслей на другие темы, принятие болезни как неизбежности с философией стоицизма, игнорирование болезни, со склонностью к чёрному юмору, проблемный анализ болезни и её последствия, активный всесторонний поиск информации, взвешенный подход и анализ, в том

числе сравнительный, уход в религиозность, поиск особого смысла болезней.

Механизмы совладания в эмоциональной сфере могут проявляться следующими переживаниями: протест, активное противостояние, эмоциональная разрядка и отреагирование чувств, изоляция с подавленностью, запрет на проявление чувств, оптимизм и уверенность доверие, возложение ответственности на чужие плечи, самообвинение, переживание злости, раздражения, зависти, сохранение равновесия и самоконтроля. В поведенческой сфере возможны следующие варианты копинг-стратегий: отвлечение с активным занятием какой-либо деятельностью, уход «с головой» в работу, альтруизм и забота о других, активное избегание процессов лечения, компенсаторное удовлетворение собственных желаний и потребностей, уединение, активное сотрудничество, поиск поддержки.[18,47,64,79,92]

2.3. Психологические защитные механизмы.

Представление о психологической защите первоначально формировались в рамках классического психоанализа в работах З.Фрейда и последователей. Детальная разработка концепций психологической защиты представлена А. Фрейд в её работе «Эго и механизм защиты» (1936). *Механизмы психологической защиты* направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процесс с помощью которых «Я» пытается сохранить интегративность и адаптивность личности. В основе современных представлений о механизмах психологической защиты доминируют познавательные теории, рассматривающие эти механизмы как защитные реинтерпретации с изменением

семантики дестабилизирующих факторов. В основе защит лежит неосознаваемое искажение процесса отбора и преобразование информации. Психологические защитные механизмы защищают личность от негативных чувств, тревоги, страха, гнева, стыда, психической боли, вызывая в личности адаптивные процессы переоценки значения ситуаций, отношений, собственных характеристик и представлений в целях ослабления психического дискомфорта, сохранения уровня самооценки и целостности я. В то же время, устойчивость, ригидность, частое использование, узкий арсенал защитных механизмов и их тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, делают такие защитные механизмы патологическими, способствующими к стойкой дезадаптации, невротизации и ухода в болезнь.

В научной литературе описано большое количество психологических защитных механизмов. Представляем основные из них, наиболее значимые в психосоматической клинике, в подразделении на *4 основные группы*.

Первая группа защитных механизмов характеризуется отсутствием переработки содержания информации события, подвергаемого удалению из сознания.

- *Вытеснение* – недопущение в сферу сознания, устранение из неё болезненных и противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей. Это наиболее примитивный, малоэффективный способ защиты, нередко связанный с действием других защитных механизмов. Вытесняется, как правило, информация, угрожающая чувству собственной ценности личности. Меха-

низм чаще проявляется у инфантильных и истерических личностей, характерен для детей.

- *Механизм перцептивной защиты* – автоматические реакции невосприятия информации при наличии болезненного расхождения между желаемым и действительным, либо при несоответствии запросам, потребностям и ожиданиям.

- *Подавление*. Избегание тревожащей конфликтной информации, отвлечение внимания от частично осознаваемых аффектов и конфликтов.

- *Блокирование*. Торможение, задержка эмоций, мыслей или действия, вызывающих тревогу, имеющих, как правило, кратковременный характер.

- *Отрицание* – непризнание отрицания ситуации, конфликтов, игнорирование болезненной реакции фактов.

Вторая группа психологических защитных механизмов связана с преобразованием (искажением) значения содержания мыслей, чувств и поведения.

- *Рационализация* – псевдообъяснения собственных неприемлемых желаний, убеждений, поступков, их субъективная интерпретация с целью самооправдания.

- *Интеллектуализация* – попытка контроля над эмоциями и импульсами посредством преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. При этом отмечается чрезмерный когнитивный способ разрешения конфликтов без ощущения связанных с ними аффектов.

- *Изоляция* – интеллектуальная эмоциональная диссоциация, при которой эмоции отделяются от конкретных ситуаций, в результате чего представление или эмоция вытесняется, или эмоция связывается с другим, менее значимым представлением, чем достигается снижение эмоционального напряжения.

- *Реактивные образования* – совладание с неприемлемыми импульсами, эмоциями, личностными качествами посредством замены их на противоположные (например, альтруизм, уступчивость и послушание при вытесняемых враждебности, тенденций к доминированию, неприемлемости авторитетов).

- *Смещение* – замена объекта, на которого могли быть направлены негативные чувства на более безопасный (например, семейная агрессия при ненависти к руководителю).

- *Проекция* - приписывание другим людям собственных непризнаваемых мыслей, чувств и мотивов.

- *Идентификация* – отождествление себя, своих психических процессов с другой личностью с имитацией паттернов поведения.

- *Проективная идентификация* (по М. Кляйн) предполагает проецирование на субъект определенных переживаний с целью контроля и управления им.

Третья группа – механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения.

- *Реализация в действии* (acting-out) – осуществление аффективной разрядки посредством активации экспрессивного поведения (агрессия и аутоагрессия, склонность к психологической зависимости от психоактивных веществ, нарушение пищевого и полового поведения).

- *Соматизация* – процесс трансформации психоэмоционального напряжения в соматическую сферу в виде соматоформных вегетативных расстройств, многообразных функциональных нарушений внутренних органов. От соматизации следует дифференцировать конверсию, типичную для истерии в классическом описании З. Фрейда. *Конверсия* предполагает трансформацию определённых вытесненных комплексов переживаний в те или иные физические (соматические) нарушения, воплощающие глубинную семантику стрессового фактора (например, конверсивная слепота при непереносимости объективных событий мира, уход от ответственности, самонаказание). Говоря о клинике истерии, следует выделить другой значимый механизм – *диссоциацию*. При диссоциации происходит разделение, расслоение аффективных от когнитивных переживаний, либо перенос неприемлемой информации в одну из субличностей с символическим отказом от неё (например, диссоциативная амнезия, особо болезненного или позорного события).

- *Сублимация* - преобразование энергии неприемлемых или неосуществимых инстинктивных влечений в социально поощряемую деятельность (творчество, спорт, хобби).

Четвёртая группа – защитные механизмы манипулятивного типа.

- *Регрессия* – возвращение к более ранним, инфантильным формам поведения, с демонстрацией беспомощности, зависимости и ухода от реальности.

- *Фантазирование* – манипулятивное приукрашивание себя и своей жизни с целью повышения чувства собственной значимости и контроля окружения.

- *Уход в болезнь* - погружение в болезненные переживания с отказом от ответственности и самостоятельности в решении проблем, оправдание болезни и вызванной ею несостоятельности с извлечением психологической выгоды.

Существует разделение механизмов психологической защиты на первичные, вторичные и патологические.

К первичным (архаическим) относятся: аутистическое фантазирование, отрицание, всемогущество, обесценивание, идеализация, проекция, интроекция, проективная идентификация, расщепление, диссоциация, юмор, альтруизм, пассивная агрессивность, смещение.

Вторичные психологические защитные механизмы включают: вытеснение, регрессию, изоляцию, интеллектуализацию, рационализацию, морализацию, антиципацию, аннулирование, поворот против себя, смещение, реактивное образование, реверсию, идентификация, отреагирование, сексуализацию, подавление, недеяние (вакуум активности).

Патологические защитные механизмы встречаются в структуре психотических расстройств и включают в себя: психотическое отрицание, параноидную проекцию, психотическое искажение или избегание.

Знание и правильная интерпретация психологических защитных механизмов необходимы для проникновения в сущность индивидуальной семантики болезненных переживаний, без чего немислим успешный терапевтически- реабилитационный процесс.

Для эффективного осуществления психотерапевтических и психоаналитических интервенций необходимо преодоление защитных механизмов как комплексных образований, носящих дезадаптивный

характер, включенных в психодинамику этиопатогенеза психосоматической патологии.

Преодоление психологических защит осуществляется с помощью комплекса последовательно осуществляемых психотерапевтических интервенций: успокоения, присоединения, отвлечения, конфронтации, интерпретации и проработки.

Успокоение предполагает директивное или косвенное внушение оптимизма благоприятного исхода в разрешении проблем как психологического, так и медицинского характера.

Техника присоединения демонстрирует вовлечение в переживания пациента с эмпатией, конгруэнтностью, опорой на профессиональную компетентность, с позиций эксперта.

Техника отвлечения предполагает переориентацию пациента на другие переживания, либо раскрывает другие аспекты актуальных проблем.

При *конфронтации* специалист акцентировано обращает внимание пациента на внутренние противоречия, алогичность, нестыковки во внутренних концепциях, отражающих проблемные переживания.

Интерпретация предполагает совместный поэтапный анализ проблемы с исследованием её в этиологическом и динамическом аспектах с поиском ключевых переживаний, субъективно значимых моментов.

Проработка – закрепление в повседневной практике знаний и навыков, полученных в ходе предшествующих техник. [34,45,63,66,72,77,79,95,98,99-102,111]

ГЛАВА III

ХАРАКТЕР В ПСИХОСОМАТИКЕ.

Consuetudo est altera nature

Привычка – вторая натура.

Цицерон

Обзор различных психосоматических концепций наглядно демонстрирует высокую значимость в прогнозировании развития психосоматических расстройств, учёта особенностей индивидуальных характерологических особенностей личности. Помимо этого, знание характерологических особенностей пациента, чрезвычайно важно для осуществления успешных терапевтически-реабилитационных мероприятий. Особенности характера являются не только этиологическими предпосылками того или расстройства, но и откладывают специфический отпечаток на клинические проявления болезненного расстройства, особенности адаптивных и защитных механизмов.

Характер – это совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, складывающаяся и проявляющаяся в деятельности и общении, обуславливая типичные для неё способы поведения. Говоря о характере, как правило, указывают на его акцентуацию. *Акцентуация* характера – это чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющаяся в избирательной уязвимости личности по отношению к определённого рода психогенным воздействиям при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. В клинической практике наиболее часто используют типологию акцентуаций характера по Личко и Леонгарду.

Типы акцентуации характера по Личко: гипертимный, циклоидный, лабильный, сенситивный, психастенический, астеноневротиче-

ский, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, нестойкий, конформный.

Акцентуации характера по Леонгарду: гипертимный, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный, эмотивный, педантичный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, экстравертированный, ригидный, дистимичный. [20,22,46,79]

Нам представляется наиболее подходящей для рассмотрения психосоматических проблем *типология организации личности* по Нэнси Мак-Вильямс [63]. Данная типология предполагает комплексный учёт биологических факторов (наследственность, темперамент), социальных факторов, учёт особенностей раннего детства, периоды становления характера (объектные отношения, перенесенные психологические травмы, кризисные периоды). В своём описании типов личности Мак-Вильямс учитывает конституционные и ситуативные факторы, ведущие влечения (драйвы), ведущие аффекты, защитные и адаптационные процессы, особенности объектных отношений, особенности самосознания. Типология организации личности по Нэнси Мак-Вильямс включает следующие типы: психопатически (антисоциальный), нарциссический, обсессивно-компульсивный, параноидный, истерический (театральный), шизоидный, депрессивный и маниакальный, диссоциативный, мазохистический (саморазрушительный). Представляем краткие характеристики указанных типов.

Психопатический (антисоциальный) тип.

Для личности данного типа характерна потребность ощущать собственное влияние на других, манипулировать ими, «подняться над ними». Выражена врожденная тенденция к агрессивности, более высокий порог возбуждения для получения удовольствия. В психологических защитных механизмах преобладают всемогущий контроль,

диссоциация, отыгрывание, проективная идентификация. Объектные отношения характеризуются нестабильностью, потворством, эмоциональным непониманием, склонностью к эксплуатации и жестокости. Собственное «Я» характеризуется грандиозным стремлением избежать переживания слабости и зависти.

Указанный тип имеет высокий риск травматизма, склонность к различным токсическим зависимостям, сексуальным эксцессам.

В качестве примера указанного типа можно представить братьев из фильма Роберта Родригеса «От заката до рассвета», героев фильма «Прирожденные убийцы», Свидригайлов из «Преступления и наказания» Ф.М. Достоевского.

Нарциссический тип.

Для него свойственны отчужденность и эмоциональная недоступность, склонность к эскибиционистическому стилю поведения, переоценка собственных достоинств, фантазии о всемогуществе, тенденции к осуждению других при зависимости от их мнения, глубинные чувства недостаточности, нелюбимости и обманутости. Указанным личностям характерна чувствительность к невербальным эмоциональным сообщениям по поводу невыраженных аффектов отношений, ожиданий других людей, недостаточная способность переносить агрессивные импульсы. Главные эмоции – стыд и зависть. Психологические защиты: идеализация-обесценивание, перфекционизм. Объектные отношения проходят под лозунгом: «использовать и быть использованным», для уравнивания самоуважения и возмещения причинённого ему ущерба. Собственное «Я» наполнено чувствами фальши, стыда, зависти, внутренней пустоты или неуравновешенности, уродства и неполноценности или их компенсаторными противопо-

ложностями- самоутверждением, чувством собственного достоинства, презрения, тщеславия и превосходства.

Учитывая, что данный тип личности связан с ретардацией развития на доэдипальном уровне, в психосоматическом плане ему свойственны системные заболевания, со склонностью к катастрофам, депрессивные расстройства.

В качестве примеров можно привести Казанову из одноименного фильма Феллини, Настасья Филипповна и Ганя Иволгин из «Идиота» Ф.М. Достоевского.

Обсессивный-компульсивный тип.

Данному типу характерна методичность, дисциплинированность, скупость, упрямство, склонность к сдерживанию и утаиванию, перфекционизм, ритуализация поведения. Влечения определяются фиксацией на анальной стадии. Базовый аффективный конфликт – гнев, борющийся со страхом быть осужденным или наказанным. Подавляемое чувство стыда. Защитные механизмы: при обсессиях – изоляция; при компульсиях – уничтожение сделанного, а также реактивные образования и смещение аффектов. Объектные отношения характеризуются чрезмерным контролем или явным его недостатком (в прошлом), крайним формализмом и ритуализированностью. Самосознание наполнено определением нравственных принципов в терминах контроля, беспокойством и «замиранием» в моменты выбора. Типична саморегуляция - думание/делание, самокритика истинных или мнимых агрессивных проявлений. Предпочтения деталям, а не целому.

В психосоматическом плане высок риск развития патологии желудочно-кишечного тракта, новообразований.

В качестве литературных примеров можно привести «мелких людишек» из рассказов А.П. Чехова, в частности «Смерть чиновника», «Человек в футляре», Плюшкин из «Мёртвых душ» Гоголя.

Параноидный тип.

Определяется подозрительностью, недоброжелательностью, мрачностью, отсутствием чувства юмора, склонностью к образованию сверхценных идей. Личностям свойственны врожденные агрессивность или раздражительность, как следствие – подверженность чувства страха, стыда, зависти и вины. Защитные механизмы: проекция, проективная идентификация, реактивные формирования. Объектные отношения формируются в семейной системе переживания угрозы, унижения и механизма проекцию, содержать тревожные послания в коммуникации. Самосознание определяется сменой беспомощно уязвимых и всемогуще разрушительных тенденций с постоянной обеспокоенностью, вызванной хрупкостью идентичности и самоуважения.

В психосоматическом плане характерны заболевания сердечно-сосудистой системы.

В качестве примеров можно привести Ивана Карамазова из «Братьев Карамазовых» Ф.М. Достоевского, Голлума из «Властелина Колец» Дж. Р. Толкиена, капитан Барбосса из «Пиратов Карибского Моря».

Истерический (театральный) тип.

Характеризуется общительностью, развитой интуицией, неустойчивостью эмоций, склонностью попадать в драматические ситуации. Характерен высокий уровень тревоги, напряженности, реактивности. Типично базовая гиперчувствительность, социофильность, двойная фиксированность на оральной и эдиповой ситуации, фруст-

рации связанные с полом (женщины), из психологических защит преобладают репрессия, сексуализация, регрессия, диссоциация, отреагирование (стремление к тому, что вызывает страх). Объектные отношения формируются через неадекватное воспитание родителями: нарциссические и соблазняющие послания, повторяющиеся в зрелой жизни и закрепленные вынужденными повторениями. Личностей характеризует представление о себе как о маленьком недоразвитом существе, которому грозит опасность, самооценка омрачена конфликтами относительно сексуализированных проявлений силы.

В психосоматическом плане характерен высокий риск полиморфной соматоформной симптоматики, как соматизация массивных тревожно-фобических расстройств; конверсивно-диссоциативные расстройства.

В качестве литературных примеров можно привести подавляющее большинство героинь романов Ф.М. Достоевского, глава семейства Карамазовых, Мармеладов из «Преступления и наказания», Джек Воробей из «Пиратов Карибского Моря».

Шизоидный тип.

Характерны базальная тревога по поводу безопасности, избегание эмоционально насыщенных и интимных отношений с другими людьми, фантазии о поглощении, склонность к уходу мир воображения и символизма, игнорирование конвенциональных норм, жизненная позиция «наблюдателя». Личности гиперсенситивны, в связи, с чем избегают стимуляции. Типична фиксация на проблемах оральной стадии. Психологические защитные механизмы: примитивная изоляция, расщепление Эго, проекция, интроекция, проективная идентификация, идеализация и обесценивание. Для объектных отношений характерен паттерн «приближение-избегание», обусловленный дезадап-

тивным типом семейной классификации «двойного зажима» (double bind). Самосознание описывается через оппозиционность, несмотря на субъективно болезненное одиночество, стремление к самовыражению, поиск внутренних подтверждений собственной уникальности и оригинальности, самокритичность.

В качестве примеров: Дон Кихот Сервантеса, Родион Раскольников из «Преступления и наказания» Достоевского, Рассказчик из «Бойцовского клуба» Чака Паланика.

Депрессивный и маниакальный типы.

Депрессии свойственны печаль, сниженная энергетика, ангедония, вегетативные расстройства; гипомании – подвижность, энергичность, высокая работоспособность, высокая социальность. Для депрессивного типа характерны переживания преждевременной потери, фиксация на оральной стадии, бессознательное чувство вины, чрезмерной печали. Для маниакального – возбужденность, мобильность, общительность, фиксация на оральной стадии, проблем с весом, склонность к внезапным неконтролируемым проявлениям ненависти. Психологические защиты: депрессивный тип – интроекция, обращение против себя, идеализация; маниакальный – отрицание, отреагирование (бегство), обесценивание, всемогущий контроль (при психозах). Объектные отношения определяются потерей на стадии сепарации, индивидуации, неадекватным оплакиванием, критицизмом, эмоциональным или физическим насилием и непониманием в семье. Самосознание депрессивных личностей наполнено глубинных переживанием своей «плохости» и врожденной деструктивности, глобальной виновности, ранимости. Маниакальные личности определяются потребностью находится в движении, боязнью привязанностью к кому-либо, страхом дезинтеграции собственного «Я», стремлением к очаровыванию окружающих.

В психосоматическом плане высок риск развития биполярного аффективного расстройства, нарушений пищевого поведения, различных зависимостей.

В качестве примера полярности: Ослик Иа – Винни Пух, маниакальный тип Разумихин из «Преступления и наказания», депрессивный тип – Пьеро из итальянского фольклора.

Диссоциативный тип

Для типа характерна склонность к формированию множественных субличностей – диссоциированных частей собственного «Я». Личностям свойственен талант к самогипнозу, высокий интеллект, креативность, социофилия. Ведущий механизм психологической защиты – диссоциация. Объектные отношения укоренены в глубокой детской психотравме, прошедшей без эмоциональной переработки. Представление о собственном «Я» фрагментированы, пропитаны парализующими страхами и самообвинительными когнитивными структурами.

Пример: «Мистер Джекилл и доктор Хайд» Р.Л. Стивенсона.

Мазохистический (саморазрушительный) тип.

Постоянное выражение жалоб, пребывание в жизненной ситуации страдания (зачастую добровольного), установка на самопожертвование, самоповреждение, самообесценивание. Скрытое желание мучить других своими страданиями – вот основные черты данного типа. Характерна полярность: садизм/мазохизм, обусловленная фиксацией на стадии оральной агрессии. Выражены чувства сознательной печали и бессознательной вины; гнев, обида, негодование – за незаслуженность страданий. Ведущие механизмы психологической защиты: интроекция, обращение против себя, идеализация, отреагирование, уми-

ротворение, провокация, эксгибиционизм, избегание чувства вины, морализация. Ранний опыт с объектами, которые нерадиво воспитывали или жестоко обращались, изредка сочувствовали, если ребёнок страдал, определяют паттерны коммуникации с окружением. Самосознание – такое же, как у депрессивных личностей, но без чувства обделённости. Регуляция самооценки – спокойное терпение плохого обращения.

Данная личность предполагает широкий спектр психосоматической патологии, в первую очередь депрессивного регистра; искусственно демонстрируемые, симулируемые расстройства, в частности синдром Мюнхгаузена.

Пример: Соня Мармеладова из «Преступления и наказания» Ф.М. Достоевского.

ГЛАВА IV.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ В ПСИХО-
СОМАТИКЕ

Bene diagnostitur, bene curatur.

Хорошо распознаётся – хорошо лечится.

Первичное психодиагностическое интервью является чрезвычайно важным моментом в клинической практике. Это первый контакт специалиста с пациентом, от которого во многом зависит создание успешного базиса для успешной терапевтической реабилитационной работы в виде терапевтического альянса (союза), правильной настройки больного на взаимодействие с персоналом, участвующим в лечебном процессе, глубокого осознания важности активного и осознанного участия пациента в выполнении рекомендаций (*комплаенс*). Первичное психодиагностическое интервью несёт в себе целый ряд функций. Это – знакомство пациента и специалиста (врач или психолог); всесторонний систематизированный сбор информации о личности пациента, особенностях его жизни, динамики развития болезненного расстройства, изучение и анализ симптоматики болезни; информирование пациента об особенностях его заболевания, предполагаемом лечебно-реабилитационном процессе, специфике отдельных его этапов; осуществление первичных психотерапевтических интервенций (рациональная, суггестивная, суппортивная, клиент-центрированная терапия).

Существует два стиля проведения психодиагностической беседы: инсайт-ориентированный и симптом-ориентированный. *Инсайт-ориентированный* стиль предполагает интуитивное постижение переживаний пациента, отказ от использования шаблонов, опору на актуальность высказываемых пациентом переживаний. *Симптом-*

ориентированный стиль предполагает структурированность интервью, в котором последовательно и этапно осуществляется сбор информации обо всех аспектах биологических особенностей организма пациента, его психологическом профиле, социальных коммуникациях, в их динамичном развитии по мере истории жизни исследуемого. Учитывая большой объём информации, который должен получить исследователь в ходе первичного психодиагностического интервью, его продолжительность достигает полутора-двух часов. Поэтому чрезвычайно важно составить примерный план осуществления последнего.

Первый этап предполагает приветствие и представление. Специалист даёт краткую информацию о себе, своей специализации, опыте работы, представляемой клинике, создавая у пациента представление о компетентности и профильности оказываемой помощи.

На *втором этапе* необходимо создать благоприятную психологическую атмосферу для проведения беседы. Его задача, чтобы пациент почувствовал безоценочность принятия специалистом, искренней интерес и сопереживание к своим проблемам, безопасность и безусловное соблюдение конфиденциальности. Это будет способствовать получению более полной и искренней информации, что позволит приблизиться к наиболее точным и многоаспектным диагностическим суждениям и создаст основу для успешного терапевтического сотрудничества. Лёгкость и непринуждённость специалиста, умение наблюдать и подстраиваться под состояние пациента и его поведенческие особенности, гибкость и чувство юмора – вот составляющие успешности коммуникативных стратегий на данном этапе.

Задачи *третьего этапа* осуществления тщательного сбора жалоб пациента, составление подробной картины болезненной симптоматики, в её динамике, начиная от момента появления первых жалоб и до настоящего времени. В первую очередь следует поинтересоваться

мотивацией обращения за помощью, теми расстройствами и жалобами, которые послужили отправной точкой, так как они могут обладать значительной субъективной значимостью, при второстепенном клиническом звучании и внимании специалиста к ним способно успокоить пациента и усилить его доверие к специалисту. Далее специалист должен позволить пациенту подробно и всесторонне осветить все свои болезненные переживания, тщательно анализируя все жалобы, в их взаимосвязи. По ходу рассказа пациента необходимо активно расспрашивать последнего для создания полного представления о каждом из симптомов. Для этого учитываются следующие характеристики симптомов: время появления, качество (характерные особенности), интенсивность, локализация, распространение, длительность, особенность протекания по времени, сопутствующие признаки, обстоятельства, влияющие на интенсивность проявления симптома, триггерные факторы (вызывающие появление), взаимосвязь и взаимозависимость с другими симптомами.

На *четвёртом этапе* собирается подробный анамнез (история жизни) пациента. Он включает в себя особенности биологического развития, созревания отдельных физических и психических функций, перенесенные заболевания, травмы, оперативные вмешательства, отклонения и задержки в развитии, особенности развития в кризисные периоды (раннее младенчество, пубертат, климактерий). Помимо этого тщательно всесторонне изучаются личностные психологические особенности пациента, его привычки, предпочтения, фантазии, сновидения, стереотипы поведения, особенности психической жизни. Психоаналитически ориентированных специалистов, в первую очередь интересует семейный анамнез: особенности родительской семьи, личности, родителей, тип семейных взаимоотношений, характер воспитания, наличие травматических переживаний. Анамнез будет не-

полный без тщательного изучения социальной жизни и межличностных коммуникаций пациента, начиная с дошкольного времени и заканчивая сферой производственных отношений. В главном фокусе внимания – объектные отношения пациента. Дружба и соперничество, любовные и эротические отношения, сексуальная жизнь, тенденции направленные на самореализацию, конкурентность и соперничество, характер переживания социальных фрустраций, совладание с агрессией, лояльность к общепринятым нормам поведения.

Задачей *пятого этапа* – системный анализ и интеграция полученных биологических, социальных и психологических данных с формулировкой диагностических суждений о психосоматическом расстройстве, идентификация личностных особенностей пациента, предположения о связи психодинамических процессов с физическими жалобами больного, выявление уровня дезадаптации, используемых копинг-стратегий, психологических защитных механизмов. Из полученной информации вытекают предположения о предполагаемой программе лечения и психологической реабилитации. На этом этапе специалист делится, в доступной для пациента форме, с полученными представлениями о сущности болезненного расстройства и плане лечения.

На *шестом этапе* пациенту предоставляется возможность задать уточняющие вопросы, что важно для получения обратной связи, понимания, прояснения ситуации, создания общей платформы для дальнейшего сотрудничества в рамках терапевтического альянса.[20,26,27,31,47,56,64,77,94,95,96]

ГЛАВА V

КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

КОНЦЕПЦИЯ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. КОММУНИКАТИВНАЯ ПРАГМАТИКА.

Qualis vir, talis oracio.

Каков человек, такова и речь.

Диагностический процесс в психиатрии и клинике психосоматических расстройств базируется на выявлении, верификации и интерпретации расстройств, проявляемых в речи и поведении пациента. В связи с этим основную роль в диагностике играет изучение речевого поведения больного. Нами (Ганзин 2002, 2011)[29,30] разработана концепция речевого поведения при психических расстройствах. В соответствии с этой концепцией речевое поведение есть результат взаимодействия трёх *разномодальных семантик*, отражающих различные его аспекты: семантики вербального компонента высказывания, просодики (паралингвистики) – невербальных компонентов речевого сообщения и кинесики – невербального поведения (мимика, поза, жест), сопровождающего речь пациента.

5.1. Кинесический аспект.

Кинесический аспект речевого поведения изучает клиническая этология. *Этология* – наука изучающая поведение человека. Её становление знаменует 1973, когда Лоренц, Тинберген и фон Фриш получили Нобелевскую премию за работы в области биологии поведения. В последующем Эйбл-Эйбесфельд основал этологию человека. В 80-90хх годах в работах кафедры психиатрии Крымского Медицин-

ского Университета сформировалось направление психиатрической этологии.

В задачи этологии входит наблюдение и описание – феноменология поведения в норме и при патологии, выяснение причин конкретного поведения, изучение поведения в его онтогенезе, фило- и историогенезе. Основным методом этологии – наблюдение (неэкспериментальное) естественного поведения в естественных условиях.

Выделяют следующие *уровни поведения*:

1. Элементарные единицы поведения, единицы двигательных актов.

2. Простые комплексы поведения.

3. Сложные комплексы поведения.

Элементарные единицы поведения включают в себя особенности позы (в положении сидя и в положении стоя), элементарные единицы мимики и особенности жестов. В этологических руководствах детально описано типология указанных единиц поведения, их биологическое значение. Следует особо подчеркнуть, что этологические (кинестические) параметры речевой коммуникации в большей степени являются неосознаваемыми и поэтому служат важным индикатором переживаемых пациентом эмоциональных состояний и аффектов, отражают особенности соматического состояния, энергетики организма, его активности и направленности. Поэтому учёт этологических параметров речевого поведения важен для точной диагностики, выявления неискренности, точной верификации переживаний пациента. В клинической этологии описаны маркеры тех или иных психических расстройств по каналам «мимика-поза-жест». Кроме того, в концепции речевого поведения важным является не только описание единиц по-

ведения, но и их динамика в единицу времени, что выделено в качестве дополнительных диагностических критериев основных психических расстройств.

Простые комплексы поведения исследуют индивидуальные расстояния при общении (праксемика), особенности приветствия и коммуникации на расстоянии, ориентация пациента при контакте (кинезис – движение ориентации, смена поз, зависимые от интенсивности стимула и таксис – элементы ориентировочного поведения в зависимости от особенностей окружающих стимулов).

Сложные формы индивидуального поведения включают в себя следующие категории: сон, локомоция (особенности походки и передвижения), поведение поддержания чистоты тела и одежды, комфортное поведение, агонистическое поведение (ауто-гетероагрессия), имитационное, пищевое, поисковое (ориентировочное, исследовательское), демонстрация доверия и подчинения, поведение внимания и контакта, поведение доминирования и иерархии, территориальное поведение, поведение намерений (инициальное), амбивалентное, ритуализированное, сексуальное поведение, игра. [53,83,84]

В качестве примера приводим *кинесические (этологические) признаки поведения неискренности (лжи) и инициальные признаки агрессивного поведения*, как наиболее значимые в практике коммуникаций в процессе диагностики и терапии.

Субъект, сообщающий преднамеренно неправдивую информацию склонен к более высокой динамике смены поз (ёрзанье), характерны боковая ориентация к собеседнику или поворот туловища в сторону от него; жесты латентной тревоги (потирание кончиками пальцев боковой поверхности шеи), жесты, прикрывающие нижнюю половину лица; пристальный, немигающий взгляд в сторону собесед-

ника, либо частое моргание, взгляд в сторону, в пол, более частое сглатывание слюны (ощущение сухости в полости рта как соматизированная тревога). Указанные вещи усиливаются просодически (смена интонации, громкости и темпа речи, внезапные паузы) и вербально (заверение в собственной честности, искренности, отсутствии обмана, корысти, чрезмерное выражения дружелюбия, беспочвенный альтруизм).

Инициальные признаки агрессивного поведения проявляются сменой позы на более открытую и статичную поворотом фронтально к собеседнику, тенденцией к сокращению индивидуальной дистанции при общении, увеличении плеча (движения руки, демонстрирующие бицепс), сжатие кистей в кулаки. Характерны постукивание руками, притопывания ногами, напряженное выражение лица, сжатые губы, оскал, напряжение скуловых областей, пристальный взгляд в глаза с расширением зрачков, напряжение мышц шеи, поза боксера. На просодическом уровне указанные паттерны поведения усиливаются жёсткой металлической интонацией, с интенсификацией согласных звуков, акцентированием ключевых фраз (слов), резкими возрастаниями интенсивности и скорости фонации, внезапными паузами. Вербальная семантика может отражать всего лишь мягкую конфронтацию, иронию, попытку смены темы, переход на личности.

5.2. Паралингвистический (просодический) аспект речевого поведения.

Паралингвистический анализ речевого поведения рассматривает особенности просодии речи в ее динамике, изучает паралингвистические характеристики, их семантику и ее взаимоотношения с семантикой вербального сообщения. Исследование просодических особенностей сообщения включает в себя два момента:

1). субъективный – анализ аудиозаписи психодиагностического интервью с описанием и характеристикой просодических черт согласных матриц и схеме, разработанных нами;

2). инструментальный – изучение динамических спектрограмм (аудиограмм), полученных при помощи программы Sound Forge 4.0d (Build 173) for Windows NT & 95 PC Pentium-133, позволяющий визуализировать и объективизировать динамику спектральных и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой сообщения.

Приводим характеристики изучаемых паралингвистических параметров [32,29,30,50,51,52,54,73,].

Темп речи определяет скорость протекания психических процессов и определяется количеством слов произнесенных исследуемым субъектом в единицу времени (в 1 минуту). В ходе исследования, параллельно с изучением речи больных с психической патологией, производилось изучение в контрольной группе (лица психически и соматически здоровые). Усредненные показатели просодических характеристик контрольной группы приняты нами за условную норму. Так, темп речи 60-100 слов/мин. определяется как нормальный, 100-120 и 40-60 слов/мин, - незначительно ускоренный и замедленный, более 120 и менее 40 слов/мин, значительно ускоренный и замедленный, соответственно; учитывался также и характер изменения темпа в ходе беседы.

Основной тон или громкость речи – восприятие разности в физической силе произносимых звуков, определяемой как субъективно (на слух), так и инструментально. За нормальную громкость речи, с учетом постоянного фонового шума (до 10 дБ), нами приняты показатели 30-50 дБ. Показатели 50-60 дБ – умеренное, 60-70 дБ – значительное повышение основного тона, более 70 дБ – крик. 20-30 дБ –

умеренное, 10-20 дБ – выраженное снижение, менее 10 дБ – шепот. Также учитывался характер изменений громкости речи в ходе беседы в зависимости от контекста высказывания, что вместе с другими показателями, подчеркивает и уточняет семантические характеристики сообщения.

Тембр речи – динамика спектрального состава звуков высказывания во времени. В настоящем исследовании осуществлялось как субъективное определение тембра (низкий, высокий) по выделению основных формант, так и инструментальное определение, компьютерным сонографом, учитывающим изменения как частотных, так и временных характеристик. Дополнительно определялось наличие и выраженность обертонов – субъективно и объективно определяемые добавочные форманты.

Под *мелодичностью* речи понималась плавность и гармоничность спектральной динамики звукового ряда, наличие согласованности амплитудно-частотных характеристик обертонов. Определялась степень выраженности мелодичности и характер ее изменений.

Прерывистость речи – наличие артикуляционных перерывов в подаче речи, без синтаксической обоснованности. Определялись наличие и степень выраженности прерывистости.

Паузы – наличие перерывов в ходе сообщения (как синтаксически обоснованных, так и без семантической наполненности). Важное значение в оценке пауз играют их продолжительность, частота и характер заполнения. По продолжительности мы рассматриваем следующую градацию пауз:

- короткие: до 1 сек, которые в свою очередь делятся на 3 группы:

- короткие I – до 0,2 сек. – обусловлены артикуляционными и физиологически обоснованными остановками в ходе фонации, отражают синтаксический строй высказывания (конец предложения);

- короткие II – от 0,3 до 0,5 сек. – отражают эмоциональную насыщенность сообщения, влияние выраженных аффектов на дыхательный ритм и согласованность работы фонационно-артикуляционного аппарата;

- короткие III – от 0,6 до 1,0 сек. – связаны с дыхательным циклом, несут значимую семантическую нагрузку;

- средние: от 1 до 2 сек. – обусловлены семантически значимыми и трудно осмысляемыми переживаниями, астенизацией;

- длинные: от 2 до 4 сек. - обусловлены аффективной патологией – депрессивные расстройства, внезапные и выраженные аффективные переживания; эмоционально-волевым снижением, глубокой астенией, активным болезненным продуцированием на момент интервьюирования, диссимуляцией болезненных переживаний;

- сверхдлинные – более 4 сек. – их семантика обусловлена теми же расстройствами, что и при длинных паузах, но выраженными в большей степени.

Особое значение придавалось изучению *характера заполнения пауз*:

- вдохи и выдохи, их продолжительность: короткие (до 1 сек), длинные (более 1 сек); характер: с глоточным сжатием – акт дыхания при сомкнутых в различной степени голосовых связках, сопровождаемый особым акустическим феноменом, что характеризует эмоциональный фон исследуемого;

- наличие покашливаний, нечленораздельных звуков, звуков без словесного оформления, назализации (Rhinolalia), междометий, смеха и плача (с учетом степени вокализации и адекватности контексту высказывания). Учитывался характер звучания речи: продолжительность, сдавленность в фонации, неразборчивость и слитность, наличие интенсификации отдельных звуков.

Изучался характер *дикции* – четкость и правильность артикулирования и синтагмирования (синтаксическая правильность речи). Выделялись следующие нарушения:

- дисфонемия – нарушение воспроизведения отдельных звуков (фонем);

- дисфразия – нарушение произношения отдельных слов или/и их частей;

- диспрозодия – расстройство сферы акцентов, неправильность ударений, синтаксическое несоответствие.

Интонация – характеристика речи, объединяющая в себе взаимосвязь особенности динамики спектральных (обертонных) и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой высказывания. Изучался характер интонации, ее динамика в целом.

Модальность – семантическое выражение субъективного восприятия просодических характеристик высказывания в их единстве, определенное в форме эмоционального состояния.

Для количественного анализа динамики просодических характеристик нами изучались в 10 минутном фрагменте речи больного такие показатели как темп, основной тон и паузы. Вычислялись показатели динамики темпа и основного тона в единицу времени (количество изменений значения показателя в 1 мин.) и количество пауз в 1 мин., с указанием их продолжительности.

Изучение интонации при помощи аудиограмм позволяет:

1) дополнять, конкретизировать вербальную семантику просодической посредством изучения акцентов как в слове, так и в фразе, уточнения модальности, тональной динамики;

2) учитывать уровень и характер эмоционального наполнения фразы, субъективное отношение говорящего к предмету сообщения – изучение интенсивности фонации, количества и артикуляции просодии, модальности;

3) косвенно оценивать физическое и психологическое состояние говорящего – изучение интонационного контура, пауз, динамики частотных и амплитудных характеристик, степени соответствия семантик: просодической и вербальной.

Установлены различия просодики мужчин и женщин, как в норме, так и при различных психических расстройствах:

- у женщин отмечается более выраженная динамика показателей темпа и основного тона речи;

- характерна различная динамика спектрального состава звуков во времени (тембра речи) в зависимости от пола;

- речь женщин более эмоциональна: ярче интонационные показатели, заполнение пауз включает широкий спектр характеристик.

В возрасте более 40 лет у всех пациентов отмечаются, в различной степени, признаки характерные для микроорганического поражения головного мозга, описание которых приводится нами далее.

Индивидуальные психологические характеристики проявляются в специфической динамике амплитудно-временных показателей, в характере звучания речи, спектре интонационных возможностей, манере и степени экспрессивности подачи информации.

Клинико-психопатологическими предпосылками, определяющими особенности просодии являются:

- ведущий психопатологический синдром;
- нозологическая принадлежность;
- особенности течения и этап психических расстройств;
 - состояние сознания на момент интервьюирования (наличие качественных/ количественных его расстройств);
- характер терапии получаемой пациентом, ее интенсивность.

Приводим описание *совокупности просодических характеристик отдельных психопатологических синдромов*, встречающихся в клинике психосоматических расстройств.

Астенический синдром.

Астенический синдром наименее специфичен и встречается при различных заболеваниях как психических, так и соматических. Для него характерны утомляемость, слабость, вялость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, головные и сердечные боли, нарушения сна, сердцебиение, вегетативные нарушения (потливость, тошнота, спазмы и т.п.).

Астенический синдром определяется следующими просодическими чертами:

- Темп речи, как правило, незначительно замедленный, с постепенными изменениями в узком диапазоне. Характерно некоторое ускорение в инициальном периоде беседы с медленным снижением к концу обследования.

- Громкость речи всегда снижена, в степени, коррелирующей с глубиной и выраженностью астенических расстройств. Изменения ее в течение беседы постепенны и выражены незначительно, несколько нарастая первые минуты беседы, и, сохраняясь затем, практически без динамики.

- Тембр речи характеризуется примерно равным соотношением низких и высоких частот, незначительными изменениями в ходе беседы.

- Мелодичность речи сохранена.

- Прерывистость не выражена.

- Выражены короткие и средней продолжительности паузы, количество которых больше в инициальной части беседы и нарастает по мере утомления. Паузы при астеническом синдроме отличаются незначительной семантической насыщенностью. Особенности характера заполнения пауз определяется нозологической принадлежностью астенических расстройств: а) эндогенные психозы - семантическая выхолощенность; б) органическое поражение головного мозга - нечленораздельные звуки, звуки без словесного оформления, назализация; в) невротические и психосоматические - глубокие вдохи и выдохи, междометия.

- Звучание речи несколько сдавленное, временами неразборчивое, характерны умеренно выраженные нарушения дикции, в частности дисфонемия, при выраженном утомлении - дисфразия.

- Интонационные характеристики отличаются узким диапазоном используемых модальностей, низкой экспрессивностью, монотонностью.

- Преобладают модальности с семантикой усталости, неуверенности, беспомощности.

Ананкастный (обсессивно-фобический) синдром.

Для данного синдрома характерно наличие постоянных навязчивых мыслей (обсессий), действий (компульсий) или / и страхов (фобий) доминирующих в сознании больного и определяющих его поведение при сохранной критике (одноименный невроз) или ее отсутствии (шизофрения).

Приводим просодические характеристики синдрома:

- Темп речи нормальный, с постепенными изменениями в узком диапазоне.

- Громкость также нормальная с резкими изменениями в узком диапазоне.

Тембр голоса, преимущественно, низкий, обертоны не выражены. Мелодичность речи выражена. Прерывистость умеренная.

- Преобладают короткие паузы, заполняемые непродолжительными вдохами и выдохами, в том числе, с глоточным сжатием, часто встречаются покашливания, нечленораздельные звуки стереотипного характера.

- Звучание речи продолжительное, на высоте аффекта возможны сдавленность, нарушения дикции. Интонации акцентные, экспрессивные, реже аффективные.

- Преобладающие модальности: напряжение, беспокойство, неуверенность, сомнения, тревожность, страх.

При эндогенных заболеваниях паралингвистические характеристики синдрома тяготеют к стереотипизации, узкому спектру изменений, меньшей выраженности просодической окраски высказываний.

Ананкастный синдром невротического генеза отличается более выраженной и резкой динамикой основных просодических показателей, более широким спектром интонационных характеристик, ярким звучанием речи, что связано с большим динамизмом и широким спектром аффективных переживаний.

Депрессивный синдром.

Для депрессии характерны подавленное настроение, тоска, двигательная и когнитивная заторможенность, ангедонизм, наличие идей виновности и собственной неполноценности, суицидальные переживания, пессимизм и ряд соматических нарушений (снижение аппетита и веса, расстройство сна, нарушение пищеварения, снижение сексуального влечения, различные боли).

Депрессивному синдрому характерна следующая просодическая картина:

- Темп речи всегда снижен, степень снижения коррелирует с глубиной депрессии вплоть до мутизма при депрессивном ступоре. Изменения темпа медленные, в узком диапазоне, за исключением состояния ажитации (выраженном возбуждении), когда наблюдаются резкие и широкоамплитудные колебания.

- Громкость снижена, все ее характеристики и их динамика совпадают с изменениями темпа и согласованы с ним.

- Тембр голоса, преимущественно низкий, с незначительными изменениями, мелодичностью просодического профиля речи, невыраженной прерывистостью.

- Выражены паузы средней и длительной продолжительности, семантически насыщенные, заполняемые продолжительными вдохами и выдохами, в том числе и с глоточным сжатием, плачем с различной степенью вокализации (от беззвучного, без слез, до рыданий и стонов при *Raptus melancholicus* - внезапном возбуждении и интенсивной тревоге).

- Звучание речи продолжительное, с интенсификацией гласных звуков.

- Выражены экспрессивный и аффективный типы интонаций.

- Преобладающие модальности: подавленность, безнадежность, безысходность, боль, скорбь, отрешенность.

Ипохондрический синдром.

Ипохондрическому синдрому характерно повышенное внимание к собственному здоровью, страх заболеть, подозрения или различная степень уверенности в наличии какого-либо заболевания (или ряда болезней), что приводит к многочисленным консультациям и обследованиям, подчинению жизни специальным режимам и диетам, самолечению, неоправданному увлечению и злоупотреблению различными медикаментами (фармакофилия).

При ипохондрическом синдроме наиболее типичны следующие изменения основных просодических свойств речи:

- Темп речи нормальный или несколько снижен. Колебания темпа плавные, в узком диапазоне. Характеристики громкости соответствуют таковым темпа речи.

- Тембр низкий, практически не подвержен изменениям.

- Мелодичность сохранена, прерывистость не выражена. Преобладают короткие паузы, заполняемые вдохами и выдохами различной продолжительности, в том числе, с глоточным сжатием.

- Звучание речи сдавленное, интенсификация гласных звуков.

- Интонации акцентные, интонационные, носят стереотипный характер.

- Ведущие модальности: поглощенность своими переживаниями, беспокойство, усталость, раздражение, опасение и страх.

Ипохондрический синдром эндогенного характера отличается большей стереотипностью просодики, меньшим динамизмом показателей, более узким спектром их изменений.

Конверсионные и диссоциативные расстройства.

Для данных синдромов типично преобладание эмоциональной регуляции поведения, демонстративность, выраженная аффективная насыщенность, высокий эгоцентризм, отражение эмоциональных проблем в обратимых физических расстройствах - конверсия или расгласование деятельности когнитивных структур (амнезия, расстройства сознания) - диссоциация.

Темп и громкость речи в средних значениях, но подвержены резким изменениям в широком диапазоне. Преобладают высокочастотные форманты. Мелодичность речи подвержена резким изменениям, выражена прерывистость. Преобладают короткие паузы, реже средней продолжительности, заполняемые вдохами и выдохами различной продолжительности, часто с глоточным сжатием; часто отмечаются междометия, резкие переходы от смеха к плачу, с широким диапазоном вокализации, покашливаниями. Звучание речи может включать широкий спектр характеристик с выраженным динамизмом.

Нарушение дикции только на высоте аффектов. Ярко выражены интонационные характеристики с преобладанием аффективных. Ведущие модальности: демонстративность, поглощенность своими переживаниями, волнение, недовольство, боль и т.п.

Неврозоподобный синдром.

Паралингвистика синдрома может включать в себя особенности, описанные при астеническом, ананкастном и конверсионном синдромах. Главным отличительным признаком является наличие стигм микроорганического поражения мозга.

К ним относятся:

- сужение диапазона изменений основных параметров;
- снижение мелодичности речи;
- более выраженная прерывистость;
- преобладание коротких пауз без семантической наполненности;
- заполнение пауз нечленораздельными звуками без словесного оформления;
- неразборчивость звучания, более частые нарушения дикции вне аффективных переживаний;
- интенсификация согласных звуков;
- бедность интонационных характеристик;
- преобладание модальностей, указывающих на усталость, непонимание, беспомощность.

Синдром личностных аномалий (психопатический, психопато-подобный).

Для синдрома типично наличие аномальных черт характера, отличающихся, постоянством, не поддающихся коррекции и грубо нарушающих социальную адаптацию. Данные черты возникают с детства (психопатические) или развиваются в результате заболеваний нервной системы (психопатоподобные). Наиболее часто встречаются эмоционально неустойчивые, тревожные, истерические и ананкастные расстройства. Паралингвистика синдрома определяется характером личностных расстройств и нозологической принадлежностью. Наиболее общими являются следующие признаки:

- несогласованность характера изменений темпа речи, тембра и громкости;
- дисгармоничность спектральных характеристик, нарушения мелодичности, выраженная прерывистость речи;
- преобладание коротких пауз, без семантического наполнения;
- узкий спектр интонаций, их стереотипность.

Тревожный синдром.

Для тревожного синдрома определяющими являются наличие выраженного беспокойства, неопределенного глобального страха витального характера, страха смерти или сумасшествия, внутреннее напряжение, возбуждение и широкий спектр вегетативных реакций (сердцебиение, озноб, мышечная дрожь, удушье, давление в груди, боль и жжение в животе и т.п.). Наиболее типичны для тревожного синдрома следующие характеристики:

- Темп речи и громкость в среднем незначительно повышены с резкими изменениями в широком диапазоне.

- Тембр голоса высокий с выраженными и резкими изменениями, большим количеством обертонов, нарушающих мелодичность. Выражена прерывистость.

- Паузы не выражены, преобладают короткие, заполняемые вдохами, в том числе, с глоточным сжатием, покашливаниями.

- Звучание речи сдавленное, с интенсификацией согласных, нарушениями дикции в виде дисфонемии, диспрозодии на высоте аффекта.

- Интонации акцентные и аффективные.

- Преобладающие модальности: напряженность, тревожность, опасение, беспокойство.

Особенности течения расстройства и его этап влияют при органических психических расстройствах на особенности просодии следующим образом:

- острое появление неврозоподобных и психотических расстройств способствует более яркой и полной картине паралингвистических характеристик за счет выраженных аффективных расстройств;

- полнота клинической картины того или иного синдрома, его завершенность, дают более яркую просодическую картину;

- давность заболевания коррелирует с выраженностью органического поражения и характеризуется большей представленностью органических стигм в просодии. Изучение компьютерных динамических спектрограмм (аудиограмм), проведенное для всех больных группы, позволяет подтвердить и уточнить вышеприведенную картину и, главным образом, дать более детальные характеристики интонации.

Приводим наиболее типичные для органических психических расстройств особенности аудиограмм:

- специфические интонационные характеристики, указывающие на органическое поражение, нарастают от неврозоподобных расстройств (минимальная выраженность или отсутствие признаков) к дементным;
- тенденция к рваному характеру интонационного контура, дисгармоничный характер динамики частотных и амплитудных показателей;
- интонационная выхолощенность – уменьшение количественно просодических признаков в динамике, обеднение качественно, за счет невыраженности ряда характеристик, монотонный характер, бедная акцентуация.
- увеличение количества обертонов (шумы, нечленораздельные звуки).

5.3. Вербальный аспект речевого поведения.

Вербальный компонент речевого поведения включает в себя клинико-психосемантический анализ, клинико-психолингвистический, клинико-синтаксический, клинико-прагматический подходы.

Целью *психосемантического анализа* является описание и анализ структуры основных психосемантических пространств сознания пациента: особенностей психопатологической симптоматики и ее влияния на изменения самосознания, субъективной картины мира и системы взаимосвязей с последним. Нам представляется чрезвычайно важным для оценки этапа расстройства, его степени тяжести и прогноза, терапевтической динамики, изучение во взаимосвязи следующих показателей: этап психопатологического расстройства, с указани-

ем ведущего психопатологического синдрома, особенности самосознания больного, субъективная картина окружающего мира, особенности внутренней картины болезни и степень критического отношения к ней, ведущие механизмы психологической защиты. Структурное построение психодиагностического интервью позволяет получить презентацию отражения в сознании пациента различных аспектов его взаимоотношений с объективным миром, составить суждения о субъективных представлениях об этом мире, системе коммуникаций в нем, особенностях самосознания. При этом, в большинстве случаев удается определить динамику этих категорий в связи с фактом заболевания, т.к. последнее выступает в качестве своеобразного водораздела «до» и «после начала болезни», особенно в случае острой патологии, относительной интактности личностных структур и сохранной когнитивной активности.[8,10,41,85,107,109,110,112,113].

Целью *психолингвистического анализа* в рамках настоящего исследования являлось изучение психолингвистических индексов и речевых ошибок при различных видах расстройств. Исследование психолингвистических индексов позволяет сопоставлять лексико-морфологические характеристики речи с психологическими и клиническими особенностями пациента. Анализ речевых ошибок позволяет составлять представления об особенностях функционирования системы речепорождения, выявлять уровень, с которым связаны ошибки.[13,24,25,29,40,41,42,74]

Нами исследовались два коэффициента: коэффициент Трейгера (Шлиссмана) и индекс прегнантности (директивности) Эртеля. *Коэффициент Трейгера* представляет собой отношение глаголов к прилагательным в единице текста (подсчет количества указанных морфологических параметров в 10-минутном фрагменте речи больного). Значение коэффициента не является постоянной величиной у одного и того

же исследуемого и служит косвенной характеристикой эмоциональной насыщенности и стабильности, отражает насыщенность действиями когнитивных структур. Поскольку прилагательные возникли на более позднем периоде становления речи, их снижение (и как следствие – увеличение коэффициента) отражает элементы регресса речи, эмоциональную нестабильность, напряженную когнитивную деятельность. Кроме того, низкий уровень прилагательных подчеркивает склонность к алекситимии, активность процессов осмысления болезненного состояния. У здоровых лиц коэффициент характеризует соотношение в когнитивных структурах рефлексивности и активности деятельности, эмоционального и рационального. Важна оценка данного коэффициента в совокупности с другими семантико-синтаксическими показателями.

Индекс прегнантности (директивности) – соотношение количество слов А-экспрессии к общему количеству слов в единице текста. Слова и выражения А-экспрессии характеризуют степень прегнантности (доминантности) когнитивных структур пациента.

Высокий индекс прегнантности подчеркивает выраженность таких индивидуально-психологических характеристик как доминантность, стеничность, авторитарность, бескомпромиссность, самостоятельность в принятии решений, активность, склонность к действиям, а не размышлениям. Клинически данный коэффициент коррелирует с гипоманиакальным аффектом, экспансивностью переживаний, аффективной насыщенностью, активностью компенсаторно-защитных механизмов.

Охарактеризуем *типы речевых ошибок*, изучаемые в данном исследовании.

1). Оговорки.

К ним относятся: подстановка, перестановка, опущение, добавление и замещение.

- Подстановка – речевая ошибка, при которой происходит дополнение слова звуком или слогом, присутствующим в нормальной структуре другого слова в том же предложении.

Например: «как в виртуальном ви[р]дении».

- Перестановка – замена местами звуков (слов) как в одном слове, так и в разных словах в рамках предложения.

Например: «глестящая, бладкая поверхность», вместо

« блестящая гладкая поверхность»;

перемутумление» вместо переутолнение».

- Опущение – выпадение из слова звука или слога. Сюда же относится «проглатывание» окончаний слов.

- Добавление – прибавление к слову звука или слова в любой части слова.

- Замещение – замена звука (слога) на другой в рамках одного слова.

Оговорки происходят, главным образом, на четвертом уровне системы речепорождения – уровне моторной программы синтагмы (моторно-кинетическое программирование и выбор артикулем) и могут быть связаны с первым – внутренней смысловой программой.

2). Повторы.

В настоящем исследовании мы выделяли повторы:

а) звуков и слогов;

б) слов и словосочетаний.

Повтор звуков и слогов связан нарушениями на четвертом уровне системы речепорождения. Повтор слов и словосочетаний, на наш взгляд, может быть связан со всеми первыми тремя уровнями, в зависимости от характера повтора и контекста. В дальнейшем, мы проиллюстрируем данную гипотезу.

3). Исправления (коррекция).

Коррекция предполагает поправки, включаемые самим говорящим по ходу высказывания, с целью исправления, как структуры слов, так и порядка слов в рамках предложения. Коррекция связана с третьим уровнем речепорождения – уровнем лексико-грамматической структуры предложения, где происходит грамматическое структурирование и выбор слов по форме (лексем) и, в меньшей степени, с четвертым уровнем.

4). Фальстарт (колебания).

При данном типе речевой ошибки происходит обрыв предложения в самом его начале, поскольку оно порождено преждевременно и нет логических и смысловых обоснований данной информации. Как правило, оборванное предложение следует несколько позднее по ходу сообщения. Данная речевая ошибка связана с первым уровнем речепорождения - внутренней смысловой программой высказывания.

5). Паузы.

В контексте данного исследования мы рассматривали паузы, явление которых не было обусловлено ни синтаксически (конец предложения, фразы), ни семантически (астенизация, сокрытие переживания

ний, отреагирование эмоций и т.д.). Данный вид пауз связан с первым и вторым (семантическая структура предложения) уровнями речепорождения.

б). Нарушения дикции.

Связаны с четвертым уровнем речепорождения и включают в себя дисфонемии, дисфразию и диспрозодию.

Изучение речевых ошибок в сообщении пациента представляет значительный интерес, поскольку их анализ позволяет получить большое количество различной информации об особенностях речевого поведения.

Во-первых, речевые ошибки способствуют уточнению и дополнению вербальной семантики сообщения. Представим семантическую интерпретацию речевых ошибок. Оговорки могут толковаться: 1) как следствие значительного эмоционального напряжения пациента в силу аффективной насыщенности описываемых переживаний, их субъективной значимости; 2) как следствие астенизации пациента и ослабления речевого самоконтроля; 3) психоаналитически – как проявления вытесняемых и конкурирующих тенденций, в случае, если в результате оговорки получается совершенно другое слово со своей семантикой, отличной от планируемого говорящим. Аналогичным образом интерпретируются коррекции. Фальстарт указывает на: 1) значительную скорость и эмоциональную насыщенность описываемых переживаний; 2) стремление диссимулировать эти переживания – в случае, если в дальнейшем пациент не возвращается к данной тематике, то есть создается впечатление, что пациент «проговорился», но вовремя себя остановил.

Повторы слов и словосочетаний, если они семантически обоснованы, указывают на подчеркивание важности и субъективной зна-

чимости данного элемента сообщения. Повторы звуков и слогов, как правило, семантически не обоснованы и указывают на определенные проблемы фонационно-артикуляционного уровня различного генеза (логоневроз, моторная афазия, различные органические поражения головного мозга).

Нарушения дикции указывают на: 1) аффективную насыщенность описываемых переживаний; 2) различные органические поражения головного мозга; 3) патологию фонационно-артикуляционного аппарата или органов слуха.

Паузы без семантико-синтаксического обоснования указывают на снижение когнитивной активности, ее дефицитарный характер по причине интеллектуально-мнестического снижения или патологии эмоционально-волевой сферы.

Во-вторых, речевые ошибки вносят свой вклад, как в просодическую картину высказывания, так и в просодическую семантику.

И, в третьих, изучение речевых ошибок позволяет соотносить их с тем уровнем в системе речепорождения, на котором они возникают при данной патологии, и таким образом, составлять представления об особенностях функционирования механизмов порождения речи и уровнях синтаксиса при данном психическом расстройстве.

Задачей *семантико-синтаксического анализа* является раскрытие взаимосвязей между формой и содержанием высказывания – синтаксической структурой и семантикой вербального сообщения. В нашем исследовании семантико-синтаксический анализ складывался из двух основных моментов: 1) изучение синтаксических характеристик речи больных; 2) изучение семантико-синтаксических показателей.[11,29,58,59,60].

Приводим краткое описание этих синтаксических характеристик .

К синтаксическим единицам относят: словосочетание, предложение, сложное синтаксическое целое. Наибольший интерес для целей нашего исследования представляет предложение – основная единица синтаксиса, в которой находят свое выражение наиболее существенные функции языка: познавательная, экспрессивная, коммуникативная.

Основные виды синтаксической связи, проявляющиеся в предложениях – сочинение и подчинение, выражают смысловые отношения между предметами и явлениями действительности. При сочинении объединятся синтаксически равноправные компоненты, при подчинении – неравноправные, один из которых главный, а другой – зависимый.

Синтаксические отношения определяются предикативностью – специфической характеристикой отношений между компонентами предложения, указывающей на степень соотношения содержания предложения к действительности. Выделяют предикативные отношения характерные для грамматической основы предложения (подлежащее и сказуемое) и непредикативные: сочинительные и подчинительные (атрибутивные, объективные и обстоятельственные).

Средства синтаксической связи служат для построения синтаксических единиц и оформления синтаксических связей и отношений (словоформы, служебные слова, типизированные лексические элементы, интонация, порядок слов). При анализе аудиозаписи психодиагностического интервью определялось качественное соотношение синтаксических единиц, преобладающие виды синтаксических связей и отношений.

Приводим описание исследуемых *семанτικο-синтаксических показателей*.

1). Информативная плотность текста – показатель, характеризующий величину соотношения общего количества предикатов к общему количеству предложений в единице текста. Предикаты – члены предложения, выступающие в роли сказуемого (чаще – глаголы) и характеризующие действия и события, описываемые в нем. Поэтому можно говорить, что информативная плотность – это насыщенность текста действиями и событиями, что отражает активность функционирования когнитивных структур.

2). Соотношение простых и сложных предложений в тексте, выраженное в процентах. Количество сложных предложений в тексте характеризует степень его синтаксической сложности, а следовательно, указывает на уровень дифференцированности и сложности когнитивной активности.

3). Предикативный состав текста:

а) соотношение простых и составных глагольных сказуемых, выраженное в процентах.

Простые предикаты – выраженные одним словом, *составные* – несколькими (чаще двумя). Например: пошел погулять, стал прислушиваться, захотел узнать и т.п. Выраженность составных предикатов коррелирует с синтаксической сложностью.

б) неполная реализация предиката – опущение фрагмента в целях упрощения текста, в тех случаях, когда он явно подразумевается, исходя из контекста. Например: «Все вышли на улицу, и я тоже». Неполная реализация предиката – свидетельство синтаксической неполноты, зачастую без ущерба полноте семантической. Признак характерный для разговорной речи.

4). Анализ субъектов (действующих лиц) текста, состоит из анализа общего количества и процентного в нем соотношения субъектов, выраженных именами существительными и местоимениями. Качественный состав субъектов характеризует уровень эгоцентричности речи (преобладание местоимений), степень определенности действующих лиц, индивидуальные особенности восприятия и т.п. Количественный анализ субъектов дает следующий коэффициент.

5). Соотношение общего количества субъектов к общему количеству предикатов в единице текста.

Данный показатель отображает одновременно как опредмеченность (привязку к конкретным действующим лицам) действия, так и активность субъектов данного сообщения. Для правильной интерпретации данного показателя его нужно оценивать в совокупности с информативной плотностью текста.

6). Новизна текста.

Данный показатель введен нами и представляет собой отношение суммы субъектов и предикатов ремы (новая для слушателя информация в данном фрагменте текста) к сумме субъектов и предикатов темы (информация известная собеседникам или слушателям из общего контекста). Новизна текста отражает уровень новой информации, что характеризует когнитивную активность, творчество (в т.ч. патологическое), оригинальность мышления и т.п. При тенденции к снижению показателя соответственно снижаются все указанные характеристики. Его значительное повышение в клинике психических расстройств указывает на интенсивность болезненной продукции.

7). Разница: новизна – информативная плотность.

Данный показатель введен нами для оценки модального значения, характеризующего степень информационной избыточности текста, не несущей в себе нового и, обусловленную особенностями синтаксиса разговорной речи. Описанная разница возрастает при речевых повторах (различных вариантах стереотипий, обстоятельности).

8). Семантико-синтаксическая полнота текста.

Показатель введен нами и представляет собой половину суммы семантически и синтаксически неполных предложений (или их фрагментов) в единице текста, вычтенную из общего количества предложений, выраженную в процентах. Данный показатель характеризует полноценность функционирования когнитивных структур, качество и полноту отражения объективной реальности в мышлении субъекта.

9). Семантико-синтаксическая диссоциация – количество предложений в тексте с несоответствием семантики и синтаксиса (тематические соскальзывания, разорванность), выраженное в процентах. Данный показатель введен нами для оценки выраженности указанных расстройств мышления, специфичных для шизофрении и шизофреноподобных расстройств различной этиологии.

10). Синтаксический строй предложения.

Изучение синтаксического строя предложения предполагает определение процентного соотношения предложений с прямым и инверсированным строем. Прямой синтаксический строй предполагает определенный порядок: субъект – предикат – дополнение – обстоятельство. При инверсии данный порядок нарушается. Согласно нашей гипотезе, увеличение количества инверсированных предложений свидетельствует о регрессе мышления и речи (и соответ-

ственно, сознания), что наблюдается при органических поражениях головного мозга (в качестве постоянного и прогрессирующего признака) и в клинике острых психотических расстройств (как временная характеристика), при аффектах, а также, более часто, в диалогической речи.

Изучение *прагматики речевого поведения* предполагает определение особенностей отношения говорящего (пациента) к предмету сообщения, выявление мотиваций и целей реализуемых в ходе коммуникаций. Семантико-прагматический анализ предполагает исследование соотношений прагматики и семантики текста, способности и характер реализации субъективных смыслов в речи больного, взаимомодифицирующее влияние собеседников на речевое поведение, взаимодействие семантик различных речевых коммуникативных стратегий. В настоящем исследовании мы изучали следующие семантико-прагматические особенности речи больных:

- 1). Тип речевых актов и их роль в выражении той или иной семантики речевых действий в исследуемом фрагменте речевого сообщения.

- 2). Перлокутивно-иллокутивные соотношения.

- 3). Характер модифицирующего действия исследователя на роль пациента в ходе коммуникации.

Модифицирующее воздействие речевого поведения врача на речевое поведение пациента в ходе психодиагностического интервью изучается в зависимости от коммуникативных стратегий врача и пациента, их соответствия, гибкости и динамичности, а также характера взаимоотношений в системе «врач-пациент», с учетом как объективных, так и субъективных факторов. Мы выделяем следующие коммуникативные стратегии врача:

- патерналистская – авторитарность и доминантность;
- экспертная;
- эмпатичное выслушивание;
- поддерживающе-помогающая;
 - фасилитирующая (стимуляция более полного раскрытия пациентом своих переживаний);
 - корригирующая (психокоррекция, психотерапевтическая интервенция, манипулирование).

Пациент, в ходе коммуникации, может проявлять себя в следующих стратегиях:

- уход в болезненные переживания;
- сокрытие болезненных переживаний (диссимуляция);
- апелляция к помощи, с раскрытием болезненных переживаний (в той или иной степени);
- неадекватность и непоследовательность;
- манипулирование и рентные установки;
- имуляция и сюрсимуляция.[19,23,29,30,33,61,71,103]

5.4. Разномодальные семантики.

Завершающим этапом анализа речевого поведения является изучение особенностей взаимодействия разномодальных семантик. При изучении особенностей взаимодействия разномодальных семантик, составляющих речевое поведение, нами выделены варианты ти-

пичные для здоровых лиц, а также, специфичные для тех или иных видов психической патологии. Представим их в обобщенном виде.

У здоровых разномодальные семантики взаимодействуют в рамках трех основных вариантов: 1) полного семантико-синтаксического и прагматического соответствия; 2) подчиненного дополнения; 3) конкурирующих тенденций. Преобладание того или иного варианта определяется контекстом сообщения: его сложностью, характером эмоционального фона, прагматическими переменными и т.п. При аффективных расстройствах сохраняются все нормальные варианты взаимодействия семантик, отмечаются лишь количественные изменения их соотношений в зависимости от полярности аффективной фазы и ведущего контекста сообщения. Невротические расстройства характеризуются количественными изменениями нормальных вариантов взаимоотношения разномодальных семантик, при которых преобладающую роль играют конкурирующие тенденции и полное семантико-синтаксическое соответствие.[29,30]

5.5. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии при основных видах психических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения).

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии органических психических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения)

Для речевого поведения при органических психических расстройствах характерно нарастание признаков структурно-функционального упрощения и смыслового выхолощения разномодальных семантик, его составляющих, утрата специфичности взаимодействия и разрушение связей между отдельными каналами коммуникации, что ведет к постепенному распаду речевого поведения как функциональной системы.

Наиболее значимыми особенностями разномодальных семантик являются следующие:

- Кинесическая семантика:

- значительное снижение ($p \leq 0,01$) динамики кинесических показателей по всем трем каналам: мимики, жестов и поз;

- уменьшение семантического разнообразия кинесических признаков в отражении вербальной информации, преобладание показателей, указывающих на субмиссию, уменьшение специфической энергии действия, регрессивное смещение активности на фоне значительного семантического обеднения;

- наиболее выражены указанные изменения в мимическом, а, затем, в жестовом каналах, что неспецифически компенсируется позным каналом и отражает распад кинесической семантики в соответствии с этапами ее филогенетического развития.

- Просодическая семантика:

- смысловое обеднение и функциональное упрощение динамики ($p \leq 0,01$) основных просодических показателей, утрата связей просодики с особенностями ведущего психопатологического синдрома и эмоциональным контекстом сообщения;

- преобладание признаков, указывающих на регресс просодики и органическое поражение головного мозга. К ним относятся следующие:

- а) упрощение и обеднение интонационных характеристик, их стереотипный характер, монотонность речи;

- б) увеличение количества ($p \leq 0,05$) и продолжительности пауз, в т.ч. семантически и синтаксически не обоснованных;

- в) нарастание фонационно-артикуляционной дисфункции: нарушения дикции, нечеткость и неразборчивость звучания речи, увеличение количества нечленораздельных звуков и звуков без словесного оформления, утрата мелодичности речи, прерывистость, интенсификация согласных звуков;

- г) стереотипность и неспецифичность ведущих модальностей.

- Вербальная семантика.

- психосемантические особенности:

- а) снижение речевой активности, утрата способности к монологической речи;

- б) упрощение, обеднение, фрагментированный характер субъективной картины окружающего мира и самосознания;

- в) выхолощенность основных психосемантических пространств, нарушение и отсутствие взаимодействий между ними;

- г) преобладание регрессивных форм достижения компенсации состояния при тенденции к упрощению и неполноте внутренней картины болезни.

- психолингвистические особенности:

- а) увеличение количества речевых ошибок ($p \leq 0,01$), главным образом, повторов, пауз без семантико-синтаксического обоснования и нарушений дикции, что отражает утрату речевого самоконтроля, снижение когнитивной активности и необратимые нарушения всех уровней системы речепорождения;

б) изменения психолингвистических показателей указывают на обеднение лексико-семантической группы прилагательных, что является этапом распада речи и нарастающую дезадаптацию во всех сферах жизнедеятельности индивида.

- семантико-синтаксические особенности:

а) снижение показателей информативной плотности и новизны текста ($p \leq 0,01$);

б) структурно-функциональное упрощение текста, увеличение количества ($p \leq 0,01$) регрессивных синтаксических форм.

- семантико-прагматические особенности:

а) нарастающий коммуникативный гипопрагматизм;

б) ослабление взаимосвязей между компонентами речевых актов, вплоть до полного разрушения структуры последних.

Указанные особенности речевого поведения нарастают по своей выраженности от непсихотических к органическим психотическим расстройствам и достигают максимума при дементных состояниях, отражая степень органического поражения головного мозга.

Таким образом, наиболее значимые характеристики речевого поведения при органических психических расстройствах сводятся к следующим особенностям:

1. По мере нарастания выраженности органического поражения головного мозга у больных отмечается тенденция к регрессу всех разномодальных семантик, составляющих речевое поведение. Регрессивный характер изменения семантик проявляется: уменьшением объема, дифференцированности и степени сложности передаваемой информации; структурно-функциональным упрощением; выпадением ряда составляющих семантик, значительным снижением динамики основных показателей в ходе сообщения; прогрессирующим нарастанием регрессивных черт семантик – появление онтогенетически и филогенетически более ранних форм и признаков; утратой коммуникативной функции речевого поведения.

2. Взаимодействия разномодальных семантик при органических психических расстройствах характеризуются дезинтегративными тенденциями, что ведет к структурно-функциональному распаду речевого поведения.

3. Помимо тенденции к поражению регрессивности и дезинтегрированности семантик, каждой из изучаемых подгрупп больных характерны свои особенности:

а) для непсихотических органических расстройств характерна относительно высокая семантическая насыщенность; взаимодополняющий характер семантик, передающих выраженные аффективные расстройства и сложные отношения личности с объективным миром;

б) при органических психотических расстройствах органические черты речевого поведения и признаки продуктивной психопатологической симптоматики выражены в равной степени, разномодальные семантики носят диссоциированный характер взаимодействия;

в) дементные расстройства воплощают в себе максимальную выраженность распада всех составляющих речевого поведения.

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии эндогенных психотических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения)

Речевое поведение в данной группе характеризуется диссоциированным характером взаимоотношения разномодальных семантик, выраженность и обратимость которого определяется особенностями течения и давностью психического расстройства. Содержание разномодальных семантик определяется двумя компонентами: отражением психотических расстройств и специфическими чертами, характеризующими биологическую сущность болезненного процесса.

- Кинесическая семантика:

- снижение динамики и уменьшение информативности кинесических показателей ($p \leq 0,01$) по мере течения болезненного процесса и нарастания дефицитарных расстройств;

- отражение, дополнение и уточнение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов, в том числе диссимулируемых: агонистическое поведение, агрессивность, высокий уровень тревоги и неискренность;

- признаки диссоциации как в рамках одного канала (мимические диссоциации), так и в структуре кинесики в целом (несогласованность семантик мимики, позы и жеста);

- нарастание субмиссивно-статичных признаков, стереотипий, низкоспецифичных и семантически недифференцированных характеристик, указывающих на снижение специфической энергии действия и отдельные регрессивные черты.

- Просодическая семантика:

- отражение, уточнение и дополнение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов;

- специфичность расстройств данной группы отражает микрокататонический просодический синдром, имеющий обратимый характер при острых расстройствах и нарастающий, по мере увеличения выраженности негативной психопатологической симптоматики. Он включает следующие просодические характеристики:

а) бедность, стереотипность, и семантическая выхолощенность интонации, дисгармоничный и несоответствующий характер ее динамики и изменений ведущих модальностей;

б) прерывистость и утрата мелодичности в силу выраженных нарушений дикции, главным образом, - диспрозодии, вычурный характер акцентирования и интонирования;

в) заполнение пауз нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления;

г) низкая динамика ($p \leq 0,01$) основных паралингвистических характеристик в узком диапазоне;

- по мере нарастания психического дефекта в просодике появляются органические стигмы и регрессивные признаки, усиливается диссоциация семантик.

• Вербальная семантика.

- психосемантические особенности:

а) интравертированный характер коммуникативной активности;

б) диссоциация психосемантических пространств по функциональной сложности и наполненности;

в) сложный и динамичный характер субъективной картины окружающего мира и самосознания, зависящий от клинических характеристик расстройства;

г) преобладание регрессивных механизмов психологической защиты;

д) наличие феномена вторичной прогрессирующей алекситимии.

- психолингвистические особенности:

а) при острых расстройствах достоверно ($p \leq 0,01$) преобладают коррекции и фальстарты, при дефицитарных – речевые ошибки представлены повторами и нарушениями дикции. Речевые ошибки при острых расстройствах отражают насыщенность продуктивной психопатологической симптоматики, конкурирующие тенденции и высокий уровень диссимуляции; при хронических – семантическое обеднение и поражение подкорковых структур, находящихся свое отражение на соответствующих уровнях системы речепорождения;

б) психолингвистические показатели характеризуют экспансивность болезненных переживаний, уровень дезадаптации, наличие регрессивных семантических структур и определяются клиникой психического расстройства и этапом динамики.

- семантико-синтаксические особенности:

а) наличие семантико-синтаксической диссоциации и высокой новизны текста, ведущих, с одной стороны – к уменьшению семантической полноты и информативной плотности и, с другой, - к структурно-функциональному усложнению текста сообщения;

б) полипредикативность и увеличение предикативной сложности текста;

в) нарастание признаков семантико-синтаксического регресса по мере нарастания дефицитарных расстройств;

- семантико-прагматические особенности:

а) широкий спектр проявлений коммуникативного прагматизма, включающий полипрагматизм, неадекватные коммуникативные модели и гипо- (а-) прагматизм;

б) наличие иллюквативно-перлокутивной диссоциации в структуре речевых актов, углубляющейся, по мере хронизации болезненного процесса, вплоть до дезинтеграции.

Резюмируя наиболее существенные особенности речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами следует остановиться на следующих основных моментах:

1. Наиболее специфичной особенностью речевого поведения больных данной группы является диссоциированный характер как содержания отдельных семантик, так и их взаимодействия между собой.

2. Разномодальные семантики отражают информацию двух видов: содержащую презентацию психопатологических переживаний и отношения к ним больного; представляющие специфические биологические особенности самого болезненного процесса.

3. По мере нарастания выраженности дефицитарных проявлений отмечается тенденция к увеличению влияния информации второго вида, взаимодействие разномодальных семантик приобретает дезинтегрированный характер, речевое поведение утрачивает прагматичность и коммуникативные функции, что диссонирует с его относительной семантико-синтаксической сохранностью.

4. Специфичность семантики, отражающей болезненный процесс, заключается в сочетании ряда регрессивных черт и проявлений нарастающего, по мере длительности заболевания, микроорганизмического поражения мозга, преимущественно, подкорковых структур, что наиболее ярко отражается в просодической семантике.

5. Изучение особенностей отдельных разномодальных семантик в их взаимодействии позволяет приближаться к пониманию сущности болезненных переживаний больных, более тонкой диагностике и дифференциальной диагностике, выявлять диссимулятивные тенденции, составлять прогностические суждения и решать экспертные вопросы, разрабатывать индивидуализированные лечебно-реабилитационные программы.

6. Применение психофармакотерапии оказывает модифицирующее влияние на речевое поведение. Терапия нейролептиками способствует, с одной стороны, - более высокой дифференциации вербальной семантики редукции болезненной симптоматики, отражаю-

щейся в наполненности и взаимодействии психосемантических пространств; и с другой стороны, - длительное применение препаратов данной группы привносит микроорганические черты, наиболее ярко воплощающиеся в просодике сообщения. Таким образом, микроорганические стигмы в речевом поведении больных с выраженными дефицитарными расстройствами являются результатом как самого болезненного процесса, так и применяемой нейролептической терапии.

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии аффективных расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения)

Речевое поведение при аффективных расстройствах настроения характеризуется усилением или ослаблением нормальных взаимоотношений разномодальных семантик, полярность которых определяется аффективной фазой. Содержание семантик отражает характер изменений когнитивной активности и ведущий психопатологический синдром.

- Кинесическая семантика:

а) при депрессивных расстройствах динамика основных кинесических показателей снижается $p \leq 0,01$, при маниакальных – существенно возрастает, особенно по каналам мимики и жеста;

б) содержание семантик кинесики при депрессивных расстройствах определяется статично-субмиссивными характеристиками, при маниакальных – экспансивно-агонистическими. Помимо этого кинесическая семантика дополняет и уточняет содержание вербальной семантики.

- Просодическая семантика.

- динамика основных просодических характеристик согласована с полярностью аффективной фазы: усиливается при маниакальных и ослабевает при депрессивных расстройствах ($p \leq 0,01$);

- содержание семантики определяется сущностью болезненных переживаний, воплощенной в описанных основных просодических синдромах.

- Вербальная семантика.

- психосемантические особенности:

а) широкий спектр колебаний коммуникативной активности, в зависимости от полярности аффективной фазы;

б) деформация субъективными болезненными семантиками относительно сохранной субъективной картины окружающего мира и самосознания;

в) широкий спектр психологических защитных механизмов, зависящих от ведущего психопатологического синдрома и преморбидных личностных особенностей;

г) выраженность различных вариантов феномена алекситимии, отражающего особенности течения депрессивных расстройств;

- психолингвистические особенности:

а) невысокое количество речевых ошибок отражает сохранность системы речепорождения, а их равная выраженность указывает на функциональный характер изменений в условиях дисбаланса энергетического обеспечения;

б) преобладание оговорок указывает на важность учета значений субъективных семантик болезненных переживаний; и связанных с ними аффектов;

в) величина психолингвистических коэффициентов пропорциональна интенсивности аффектов, активности когнитивных структур и адаптивных механизмов;

- семантико-синтаксические особенности:

а) структурно-функциональная и смысловая сохранность текста;

б) выраженный субъектный состав предложения, с преобладанием местоимений.

- семантико-прагматические особенности:

а) прагматическая активность зависит от полярности ведущего аффекта;

б) структура речевых актов определяется усилением или ослаблением иллокутивно-перлокутивных взаимоотношений; на высоте аффектов возможен диссоциативный характер взаимоотношений, отражающий формальные расстройства мышления.

И, в заключение раздела, приводим наиболее общие и специфические особенности речевого поведения у больных с аффективными расстройствами:

1) Речевое поведение при аффективной патологии характеризуется структурно-функциональной сохранностью как самих разномодальных семантик, так и системы взаимодействий их друг с другом.

2) Разномодальные семантики речевого поведения отражают сложную систему взаимодействия с объективным миром болезненно изменившегося самосознания, характер которых зависит от полярности аффектов, особенностей течения болезненного расстройства, наличия психотических расстройств и преморбидных личностных особенностей.

3) Аффективным расстройствам настроения характерны обратимые специфические расстройства когнитивной активности на фоне дисбаланса энергетического обеспечения речевого поведения, что отражается во всех аспектах последнего и непосредственно зависит от полярности аффективной фазы и степени тяжести клинической симптоматики.

4) Изучение различных аспектов речевого поведения в их совокупности и взаимосвязи позволяет уточнять содержание субъектив-

ных семантик пациента, детализировать характеристики и сущность как отдельных клинических феноменов, так и индивидуально-психологические характеристики больных.

5) Особенности речевого поведения зависят от социальных факторов, в частности, от этнически-культуральных и языковых характеристик пациента.

Дополнительные исследовательские и диагностические критерии невротических расстройств у детей и подростков (по данным комплексной диагностики речевого поведения)

Речевое поведение при невротических расстройствах несет в себе признаки функционального усложнения разномодальных семантик и особенностей их взаимоотношений. Возрастные особенности проявляются появлением или усилением онтогенетически ранних признаков в речевом поведении.

- Кинесическая семантика:

- увеличение динамики ($p \leq 0,001$) основных кинесических показателей, наиболее выраженное по каналам мимики и жеста;

- широкий спектр значений кинесических характеристик, отражающих и дополняющих вербальные сообщения и вытекающие из него аффективные реакции;

- функциональная незрелость кинесики и ее взаимосвязей с другими разномодальными семантиками проявляется в избыточности и низкой семантической дифференцированности кинесических показателей.

- Просодическая семантика:

- значительное увеличение динамики ($p \leq 0,001$) и расширение спектра проявлений основных просодических параметров, большая роль интонационных характеристик в передаче болезненных переживаний и субъективного отношения к ним пациентов;

- признаки функциональной незрелости системы речепорождения и фонационно-артикуляционного аппарата, проявляющиеся регрессивными чертами и рядом патофизиологических характеристик:

- а) регрессивные (более ранние онтогенетические) признаки:

- редуцированные элементы дислалии и дисфонемии;

- выраженная мелодичность (певучесть) речи, интенсификация и растягивание гласных, редукция («проглатывание») согласных и окончаний слов;

- яркое, выразительное интонирование и акцентирование субъективно значимых фрагментов текста;

- заполнение пауз нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления, носящее стереотипный характер.

У здоровых детей указанные особенности проявляются только в младшей возрастной группе (до 7-9 лет).

б) К патофизиологическим характеристикам относятся синдромы дыхательной дизритмии и глоточного сжатия.

• Вербальная семантика:

- психосемантические особенности:

а) неравномерное усложнение основных психосемантических пространств и субъективной картины мира;

б) склонность к соматизации внутренней картины болезни; эгоцентризм;

в) широкий спектр психологических защитных механизмов, напряженность адаптивно-компенсаторной деятельности;

г) высокая значимость субъективных семантик и болезненной символики;

- психолингвистические особенности:

а) высокое количество ($p \leq 0,01$) речевых ошибок отражает функциональные перегрузки незрелой системы речепорождения;

б) большое число оговорок, фальстартов, коррекций и повторов указывает на сложность и аффективную неоднозначность болезненных переживаний, невротические конфликты, сохранный речевой самоконтроль, незрелость фонационно-артикуляционного аппарата;

в) психолингвистические показатели отражают структурно-функциональную незрелость психосемантических пространств, содержащих описание свойств и характеристики объектов и действий; насыщенность аффектами и напряженность адаптивно-компенсаторных механизмов;

- семантико-синтаксические особенности:

а) структурно-функциональное и смысловое усложнение речи;

б) высокие информативная плотность и новизна текста;

в) незрелость предикативных функций;

г) появление регрессивных синтаксических конструкций, в особенности, на высоте аффектов.

- семантико-прагматические особенности:

а) высокий коммуникативный прагматизм, полипрагматичность;

б) функциональная сложность структуры речевого акта, усиленный характер иллокутивно-перлокутивных взаимоотношений.

Обобщая наиболее существенные особенности речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами можно выделить следующие ключевые моменты:

1. Для детей и подростков с невротическими расстройствами характерно структурно-функциональное усложнение и согласованный характер взаимодействия разномодальных семантик, что отражает сложные интрапсихические конфликты, насыщенные аффективные и выраженные вегетативные соматические расстройства, а также менее выраженные, в сравнении со взрослыми больными, диссимулятивные тенденции.

2. Изменения семантик речевого поведения носят функциональный (полностью обратимый) характер.

3. Изучение особенностей речевого поведения позволяет проникать в сложный мир субъективных семантик больных, что имеет наиболее высокую, в сравнении с другими исследуемыми группами пациентов, диагностическую и лечебно-реабилитационную значимость.

4. Невротические расстройства у детей и подростков ведут к значительным функциональным перегрузкам системы речепорождения и речевого поведения в целом, что проявляется увеличением количества более ранних онтогенетических признаков по всем каналам коммуникации.

ГЛАВА VI

**ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ.
ОСНОВЫ ТЕРМИНОЛОГИИ. СИМПТОМ-СИНДРОМ-
РАССТРОЙСТВО. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ВНУТРЕННЯЯ
КАРТИНА БОЛЕЗНИ.**

Cogito, ergo sum.

Мыслью, следовательно существую.

Рене Декарт.

6.1. Основы психиатрической пропедевтики.

Логика семиологии (науки об установлении медицинского диагноза) предполагает сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья пациента по цепочке:

Симптом-синдром-болезненное расстройство (нозология)

Симптом – есть отдельный единичный признак заболевания. Как правило, он является низкоспецифичным, то есть может встречаться при самых различных болезненных расстройствах. Например, боль в животе. В то же время, крайне редко некоторые симптомы и, в особенности, синдромы, могут являться высокоспецифичными – патогномоничными. Например, кинжальная боль в животе – однозначный признак прободной язвы.

Синдром – специфический устойчивый комплекс взаимосвязанных симптомов. Носит более высокоспецифический характер. Например, астенический синдром – является постоянным спутником практически любого заболевания, как психического, так и соматиче-

ского; синдром психического автоматизма – является патогномичным для шизофрении.

Приводим краткую характеристику основных синдромов, встречаемых в психосоматической клинике.

Астенический синдром – вялость, слабость, утомляемость, раздражительность, колебания настроения, плаксивость, нарушения сна и аппетита, головная боль.

Тревожный синдром – беспокойство, волнения, напряжение, учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, бессонница, озноб, дрожь в теле, ожидание того, что что-то должно случиться, спазмы, головокружение, мышечные боли.

Депрессивный синдром – подавленность, уныние, печаль, снижение побуждений, отсутствие удовольствий от обычно приятной деятельности, пессимизм, заниженная самооценка, нарушение аппетита, бессонница, отсутствие либидо.

Соматоформный синдром предполагает комплекс вегетативных нарушений, болезненных и дискомфортных ощущений в рамках отдельно взятой системы органов. Например, для сердечнососудистой системы: сердцебиение, колебание АД, болезненность и дискомфорт в области сердца, ощущение перебоев, замираний, аритмии, пульсация в теле, головная боль, головокружение, шум в ушах и голове, озноб, жар, онемение.

Болезненное расстройство (нозология) – самостоятельное отдельное форма расстройства душевного или психического расстройства, являющееся устойчивой комбинацией болезненных синдромов. Каждая нозология имеет достоверно установленные, с позиции общепринятых научных подходов и методологий (научная пара-

дигма), этиологию, патогенез, диагностические критерии клинического протекания (статистически подтверждённые), четкие критерии дифференциальной диагностики, разработанные методы терапии, реабилитации и профилактики. Указанные критерии нозологической формы обоснованы принципами доказательной медицины.

Этиология – наука о причинах болезненного расстройства.

Патогенез – наука, изучающая особенности развития, становления и протекания во времени болезни.

Эпидемиология – наука, изучающая распространённость болезненного расстройства, влияние на заболеваемость, социальных, экономических, культуральных, гендерных (пол) особенностей.

Диагностические и исследовательские критерии болезненных расстройств отражаются международной классификацией болезней, которые подразделяются на рубрики в зависимости от медицинского профиля (гастроэнтерология, педиатрия, неврология и т.д.). Учитывая, что психосоматическая патология (в свете современных представлений) относится к психической патологии, приводим краткие характеристики *основных диагностических рубрик психических и поведенческих расстройств в соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10)*.

Рубрика F0 – органические психические расстройства (неврозоподобные, психотические, деменции).

Рубрика F1 – расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомании).

Рубрика F2 – шизофрения, острые и хронические эндогенные психотические расстройства.

Рубрика F3 – аффективные расстройства настроения.

Рубрика F4 – невротические, связанные со стрессом и сомато-формные расстройства.

Рубрика F5 – расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

Рубрика F6 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (психопатии).

Рубрика F7 – умственная отсталость.

Рубрика F8 - нарушения психического развития.

Рубрика F9 – расстройства детского и подросткового возраста.

Все расстройства в медицине, в том числе, в психиатрии, можно разделить на *функциональные и органические*. При функциональных расстройствах отмечается нарушения обмена веществ регуляции органов и систем организма без структурных изменений (обратимые). При органических нарушениях развиваются структурные нарушения (необратимые). Психосоматические расстройства изначально относятся к функциональной патологии. Однако, при длительном и неблагоприятном течении, отсутствии терапии, позитивных изменений в жизни больного, отмечается постепенная трансформация функциональных расстройств в структурные (*психосоматозы*). Так, например, при неблагоприятных условиях, дискомфорт, спазмы в желудке, отрыжка воздухом трансформируются в хронический гастрит, последний может перерасти в язвенную болезнь, которая, в свою очередь, может в значительной степени деформировать орган или приводить к малигнизации (перерождение в раковую опухоль).

Психиатрию условно подразделяют на пограничную (неврозы, неврозоподобные состояния, личностные расстройства, реакции на стресс), и большую (психозы, деменции).

Невротическое расстройство – функциональное нарушение, сопровождающееся большим количеством вегетативных и соматических симптомов, аффективными нарушениями с полной критикой и контролем поведения.

Психотическое расстройство – грубое, тяжелое нарушение с развитием бреда и галлюцинаций, грубым искажением отражения окружающей действительности, выраженными поведенческими нарушениями, утратой контроля над поведением и некритичностью.

Деменция (слабоумие) – необратимый процесс выраженного снижения интеллектуально-мнестических способностей, с полной потерей адаптации, функций критики и контроля поведения.

Умственная отсталость (олигофрения) – врожденное состояние различной этиологии, при котором в значительной степени снижены интеллектуально-мнестические функции.

Достаточно сложным и нерешённым однозначно до настоящего времени остаётся вопрос классификации психосоматических расстройств. В современной классификации МКБ-10 отсутствуют самое понятие «психосоматический». В то же время, данная концепция носит не только исторический характер, но и является интегративной для целого ряда заболеваний, рассматриваемых в психодинамическом аспекте их этиопатогенеза. Учитывая большое количество психосоматических теорий и моделей, классификации расстройств могут существенно отличаться. В то же время, практически любую соматическую (не говоря уже о психической) патологию (от инфекций до опухолей), психосоматологи рассматривают в рамках собственных теорий (и в

большинстве случаев, они правы, по крайней мере, на начальных этапах болезненных расстройств).[3,28,35,76,77,78,96]

С нашей точки зрения, к *психосоматическим целесообразно отнести следующие психические расстройства:*

- соматоформные вегетативные дисфункции;
- соматизированные расстройства;
- тревожно-фобические невротические расстройства;
- хроническое соматизированное болевое расстройство;
- депрессивное расстройство;
- ипохондрическое расстройство;
- расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия);
- функциональные сексуальные расстройства;
- синдром «профессионального выгорания»;

Для установки диагноза психосоматического расстройства важен учёт критериев исключения: острых и хронических интоксикаций, медикаментозной и токсической зависимости, соматической патологии, органических поражений головного мозга.

6.2. Внутренняя картина болезни.

Внутренняя картина болезни по А.Р. Лурии – это все то, что испытывает и переживает больной, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложного сочетания восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических

переживаний и травм. Современный подход учитывает психологию больного, отношение к болезни, тип переработки конфликтных ситуаций.[62]

Изучая внутреннюю картину болезни при неврозах, Ташлыков В.А. [92,93] указывает, что она представляет систему психического приспособления личности к заболеванию, в основе которой лежит значимость невроза для больного («значимые» отношения по Мясищеву В.Н., «личностный смысл» по А.Н.Леонтьеву) и концептуализация им своих ощущений и переживаний в условиях взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого уровней психики с учетом его жизненной ситуации. Им выделены депрессивный и фобический варианты, каждый из которых подразделяется на психоцентрический и соматоцентрический подтипы. В последние годы ряд авторов [48,57,88,105] отмечают возрастание уровня соматизации внутренней картины болезни, что ухудшает прогноз и затрудняет реабилитацию больных.

Изучение внутренней картины болезни при психосоматической патологии перспективно с точки зрения системного подхода рассматривающего формирование тех или иных расстройств, отталкиваясь от соответствующих им типов личностно-средового взаимодействия и вытекающих из них типов взаимодействия с болезнью.

Наиболее подробная классификация отношения к болезни (Личко, Иванова, 1980) известна в связи с популярной методикой *диагностики типов отношения к болезни* – ТОБОЛ (Бурлачук, Коржова, 1998). Классификация выделяет 12 вариантов реагирования личности на болезнь:

- гармоничный – трезвая оценка, активное сотрудничество, отсутствие болезненного эгоизма, гибкость;

- эргопатический – уход от болезни в работу;
- анозогнозический – вытеснение информации о болезни и последствиях, пренебрежительное к ним отношение, нежелание лечиться;
- тревожный – беспокойство, мнительность, озабоченный поиск информации о болезни и лечении, угнетённое настроение;
- ипохондрический – уход в мир болезненных ощущений;
- неврастенический – раздражительность, нетерпеливость, нервозность;
- меланхолический – пессимизм, подавленность, безверие;
- апатические – безразличие, утрата интереса к жизни;
- сенситивный – озабоченность, чувствительность, ранимость, боязнь ухудшения отношений к окружающим;
- эгоцентрический – уход в страдание и их демонстрация с манипулятивными целями;
- паранойяльный – подозрительность, недоверчивость, обвинения;
- дисфорический – тоскливо-злое настроение, ненависть к здоровым, обвинение других в своей болезни, деспотизм к близким. [64,66,97]

ГЛАВА VII.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОТНОШЕНИЯ

(на примере соматоформных вегетативных дисфункций)

Nulla ars in se versatur.

Ни одно искусство (наука) не замыкается в себе самом.

Проблема психосоматических взаимоотношений является центральной в психосоматике. Это обусловлено, с одной стороны, принципиально важным теоретическим значением проблемы, требующей мультидисциплинарного подхода, и, с другой стороны, ведущим прагматическим аспектом в плане терапии и психологической реабилитации [18,64,76]. Психосоматические взаимоотношения – это подход позволяющий ответить на ряд взаимосвязанных вопросов: почему у данного пациента с его индивидуальными психологическими особенностями и психодинамическими проблемами в данный момент времени, на фоне специфических психотравмирующих моментов, развивается конкретный вид психосоматического расстройства [18,47,65,75].

7.1. Психосоматические взаимоотношения.

В соответствии с нашей концепцией, для анализа и прогнозирования психосоматических соотношений необходим учет следующих факторов:

1. Психологическая типология личности.

Нами использовался подход Н.Мак-Вильямс [63].

2. Ведущие механизмы психологической защиты. Анализ применяемых защитных механизмов в зависимости от особенностей психогенных факторов.

3. Построение для каждого пациента градуированной типологической схемы психогений, с указанием наиболее субъективно значимых с минимально развитыми копинг-стратегиями к адаптации.

4. Изучение характера действующей психогении.

5. Выявление органа или системы с высокой predisposition психосоматического реагирования. Последняя предполагает учет функционально слабой системы, изучение анамнеза на предмет выявления заболеваний, травм, а также психологической отягощенности по той или иной патологии в семейных мифах (например: смерть от инфаркта миокарда у мужчин после 40 лет; инсульт по женской линии после 50 лет; онкозаболевания).

6. Психоаналитический поиск жизненных событий пациента обусловленный: а) predisposition к психосоматическому реагированию того или иного органа (вытесненное переживание подвергшееся первичной (детской амнезии); б) высокую значимость той или иной психологической вредности.

7. Изучение глубинной семантики переживаний пациента посредством анализа психолингвистики речи и психосемантики языка тела. Выявление аффективного компонента переживаний, коммуникативного послания к окружению с помощью психосоматических симптомов.

Рассмотрим все указанные факторы в отдельных видах соматоформных вегетативных дисфункций.

7.2. Психосоматические корреляции соматоформных вегетативных дисфункций.

7.2.1. Сердце и сердечнососудистая система.

Для пациентов данной подгруппы характерна напряженность и нагруженность объектных отношений аффектами, тревожность, гиперответственность, рассмотрение отношений с позиций власть/подчинение, высокие амбиции, гордыня, стенический характер эмоций, с культивированием решения межличностных, социальных и семейных проблем методом “наезда”. Для всех пациентов характерна алекситимия, на фоне достаточной коммуникативной компетентности, что обусловлено приматом интеллектуального над эмоциональным. Пациентам свойственны дистантные отношения с родителями, идентификация с отцом по причине отторжения эмоционально уплощенной или сверхзанятой, доминирующей в семье матери, наличие в семейном мифе отягощенности по заболеванию сердца и сосудов по мужской линии. И поэтому пусковым моментом являются болезнь или смерть значимых лиц с соответствующей патологией. Из защитных механизмов можно выделить рационализацию, интеллектуализацию, смещение аффекта, блокирование и изоляцию, что обуславливает высокий уровень коморбидности тревоги и obsесий. Для всех пациентов характерны эпизоды пубертатной вегето-сосудистой дистонии на фоне психологических проблем занятия должного места в иерархии микросоциальной группы, болезненное реагирование на проявление несправедливости в толпе. Из ранних переживаний типичны воспоминания пережитых несчастных случаев (аварии, стихийные бедствия), несправедливого наказания, острого чувства вины. Ситуациями, запустившими настоящее невротическое заболевание, были: работа в режиме цейтнота, болезни близких, несоответствие возможностей и поставленных задач, болезненное столкновение с бездумной мощью государственной машины (комиссии, проверки, судебные тяжбы).

Глубинные переживания больных наполнены страхом недостаточного уровня компетентности/статусности, нетерпением, подавленной злостью и агрессией, острой потребностью взять паузу, при опасности потерять контроль над ситуацией, стать ненужным.

7.2.2. Желудочно-кишечный тракт.

Пациенты данной подгруппы характеризовались склонностью к блокированию и накоплению негативных эмоций, «проглатыванию» обид, высоким чувством тревожности, выраженным депрессивным радикалом, наличием в анамнезе субдепрессивных эпизодов с соматизированной желудочно-кишечной симптоматикой. Для больных характерно сочетание высокодифференцированных (сублимация, рационализация, сарказм, самоирония) и примитивных психологических защит (вытеснение, отрицание, проекция, интроекция), что обуславливает высокий процент коморбидных депрессивных расстройств и конверсивной симптоматики. Значимой психологической проблемой были соотношения брать/давать, что обусловлено острым ощущением недолюбленности в детстве (старшие дети в семье, «золушки», нарциссичность либо диссоциативность родителей). Для больных характерна заниженная самооценка, жесткая самокритика, при желании «делать добро» и быть благодаря этому в центре внимания. В то же время, им свойственна мелочность, обидчивость, фантазийная мстительность, что определяет в структуре личности наличие полярных тенденций и обуславливает соответствующие отражения в симптоматике (диарея/запор, анорексия/булимия, похудение/ожирение) без определенных закономерностей течения расстройства. Для семей больных характерны полярности: культ еды/полное игнорирование основ нормального питания. Частыми являются детские воспоминания страхов и борьбы с гельминтами, социальные фобии в связи с эпизодом поноса в ненужное время и в неудобном месте, унижение от

клизм в связи с запорами, случаи эксцессов поедания чего-либо с угрозой наказания, чувства вины или негативными физиологическими последствиями. Событиями, инициирующими соматоформное расстройство являются те, которые вызывают чувство страха (рискованный бизнес, угроза безработицы, ухудшение отношений с объектами зависимости) или агрессии, канализирующуюся преимущественно в аутоагрессивную соматизированную депрессию. Глубинная семантика болезненной симптоматики, носящая преимущественно приступообразный характер (спазмы, приступы боли, понос, тошнота, рвота, жжения) отражает крик отчаяния, потребность принятия с «кормлением» положительными эмоциями, угрозу дестабилизации и потери существующих источников энергетике, душевную боль и усталость от биполярных метаний в канализации агрессии.

7.2.3. Дыхательная система.

В подгруппе преобладают пациенты с выраженными зависимыми, мазохистическими, нарциссическими чертами. Их объектные отношения наполнены симбиотической зависимостью от объекта, низкой самоидентичностью, астеничными эмоциями, элементами психофизического инфантилизма. Среди механизмов психологической защиты заметно выделяются проективные идентификации, диссоциация, конверсия, блокирование, фантазирование. Для пациентов характерно избегание ситуаций повышенного требования напряжения, где можно «выдохнуться», свойственна тенденция к бережному накоплению и лелеянию обид («дуться»), низкая толерантность к сильным эмоциональным переживаниям («задохнуться от»). В семейном анамнезе присутствует нередкие указания на бронхиальную астму, опыт утопления, тяжелая асфиксия в родах. Для раннего детства характерны воспоминания – фантазмы, что мать хотела задушить в объятиях, движимая неумелым желанием успокоить синеющего от крика

ребёнка. Типичны детские страхи с экстрасенсорными воспоминаниями, от которых «захватывает дух», характерно болезненное осознание тяжести человеческого бытия, и, поэтому, провоцирующим настоящее невротическое состояние моментом, была неожиданная «застигающая врасплох» информация о давно очевидных тенденциях, которые не хотели видеть, или ситуации с малейшим намёком на опасность. Глубинная семантика переживаний представляет собой вопиющий крик о помощи, сдавленный по причине сложности принятия помощи, (чувство униженности, неумение и нежелание давать что-либо взамен, угроза собственному статусу, бегство в болезнь от проблем). Наиболее часты коморбидные состояния - тревожные, конверсивно-диссоциативные.

7.2.4. Урогенитальная система.

Для пациентов данной группы характерно наличие шизоидного, нарциссического, зависимого, психастенического радикала. Объектные отношения характеризуются двойственностью, обусловленной недоверием и неудовлетворённостью окружением по причине фрустрации завышенных амбиций и притязаний, наивных мечтаний и иррациональности желаний. Из механизмов психологической защиты можно выделить: проективную идентификацию, проекцию, интроекцию, идеализацию и обесценивание, реактивные образования и изоляция, чем обусловлен высокий уровень обсессивно-компульсивной, тревожной и депрессивной коморбидной патологией. Для пациентов характерны указания на частый энурез в детстве, отклонения в обе стороны от нормального полового созревания, что выступило в качестве психотравмы (ранние или слишком поздние первые поллюции, наступление первых menses, развитие вторичных половых признаков). Практически все пациенты подгруппы помнят ужасные истории воспитателей о фатальных последствиях мастурбации. Фигуры родителей

характеризовались недостижимостью, эмоциональной холодностью, гиперрационализмом. Первым травматическим воспоминанием в связи с этим является чувство вины, стыд и брезгливость за невозможность полного контроля своих физиологических отправления, что вызовет разочарование родителей и окончательную потерю их любви. В настоящем моменте, способствующим манифестации невротического расстройства, являлись хронические фрустрации в сфере любовных отношений, чувство одиночества, заброшенности, собственной неудачливости, малоценности, производственные проблемы со снижением статуса, неудачные проекты. Глубинная семантика переживаний выражает боль и отчаянную надежду обрести понимание, поддержку, придти к самореализации во всех аспектах.

7.2.5. Кожная и костно-суставная система.

Для пациентов с кожными расстройствами характерно высокая сенситивность, шизоидный и нарциссический радикал, депрессивность и мазохистичность; для больных с костно-суставными проблемами: параноидность, гиперчувствительность, маскирующая психастеничность и зависимость. Объектные отношения характеризуются в первом случае: незрелостью, недоверием, стремлением удерживать дистанцию; во втором: амбивалентностью эмоций, стремлением к независимости при переоценке собственных возможностей. Для кожных расстройств характерен выраженный экссудативный диатез в детстве, для второй подгруппы – мочекислый диатез, частые травмы. Первая подгруппа – дети с холодными жестокими родителями, воспитывающиеся в запущенности, нередко с физическим насилием; вторая - дети, перегруженные амбициозными планами своих родителей, выполняющие их на пределе сил. Указанные моменты отражают специфику ранних травматических воспоминаний. Пусковым моментом для первой подгруппы служат ситуации повышенной эмоциональной нагруз-

ки, в связи со значимыми изменениями в жизни; во втором – хронические истощающие психогении «несение непосильной ноши, которую нельзя бросить». Глубинная семантика переживаний отражает, в первом случае, потребность в эмоциональном принятии и комфорте, во втором – острую потребность в психологическом отдыхе, разгрузке, уменьшение обязанностей без угрозы лишиться признания и любви.

Таким образом, разработанная нами типология позволяет осуществлять многофакторный анализ психосоматических взаимоотношений при соматоформных вегетативных дисфункциях. Изучение психосемантических взаимоотношений позволяет прогнозировать развитие процесса соматизации по тому или иному пути, даёт ключевые моменты для успешного осуществления психодинамических аспектов реабилитационного процесса. Учитывая небольшую величину наблюдений, результаты настоящего исследования не претендуют на выделение в качестве частных критериев, а лишь обуславливают основные тенденции, нуждающиеся в дальнейшей проверке и разработке.

РАЗДЕЛ II.

ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА.

ГЛАВА VIII

КРАТКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Primum non nocere.

Прежде всего не навредить.

Гиппократ.

8.1. Основы эпидемиологии.

Возраст – до 45 лет.

Пол – женщины болеют чаще, чем мужчины в 2-2,5 раза.

Таблица. Распространённость психосоматических расстройств

(по обобщённым и усреднённым данным многочисленных исследований)

Вид патологии	В популяции, %	На первичном поликлиническом приёме, % от всех больных	В соматическом стационаре, % от всех больных
Депрессии	6	10	12
Неврозы и соматоформные расстройства	35-45 (40)	25	20
Соматогенные состояния	15	10	30

ния			
Всего	61	45	62

Таким образом, *каждый третий* пациент врача-интерниста является, на самом деле, клиентом для психиатра, и ещё одна *треть больных* нуждается в комплексном подходе, включающем лечебно-реабилитационные мероприятия психиатрического и психотерапевтического плана.

8.2. Этиопатогенез психосоматических расстройств.

Обобщённо многочисленные теории этиологии и развития психосоматической патологии можно представить в виде следующей *интегративной модели*.

Каждый индивид имеет свои характерологические особенности, предполагающие особую уязвимость к определённому рода эмоциональным переживаниям и специфическим ситуациями. Эта повышенная ранимость предопределена биографически и связана с ранними детскими (до 3-6 лет) психологическими травмами пи сложными событиями. Впечатления от этой травмы и связанные с ней негативные аффекты вытесняются (изгоняются) в бессознательное, «запираются» там, покидают сознание, но не исчезают, а находятся в режиме ожидания. Человек в ходе жизни, накопления опыта совершенствует свои неосознаваемые *механизмы психологической защиты* и осознаваемые *механизмы адаптации* и борьбы со стрессом, (включающие в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии). В случае, если во взрослой жизни индивид сталкивается с мощным стрессом, с которым он не в силах совладать и который созвучен с ранними травмами, - наступает поломка внутри психического баланса, нарушаются установившиеся соотношения между сознанием и бессознательным.

Ослабленное энергетически, сознательно «Я» не в силах удерживать вытесненные комплексы, и те стремятся в сознательную зону. «Я» реагирует на это интенсивной *тревогой* и включает *аварийные* защитные механизмы. К ним относятся: регрессия (возврат к более ранним формам поведения, с целью повторного вытеснения старой травмы и попытки аналогичным образом справиться с новой) и соматизация (перевод психологически неприемлемых и неприятных содержаний в соматические (физические) процессы). В результате – восстанавливается психологическое равновесие, ценой развития (как правило, постепенного требующего времени (дни-годы)) соматического страдания (как функционального, так и органического). Выбор органа (системы органов) и характера симптомов осуществляется неосознанно и воплощает индивидуальную символику, отражающую *субъективную* значимость травмирующего события. Важным является не объективная тяжесть и опасность события, а субъективное восприятие непереносимости и угрозы каких-либо обстоятельств, ощущение бессилия в борьбе с ними.

8.3. Клиника и диагностика.

Общие принципы диагностики.

1. Возраст.

Молодой возраст (до 45 лет) пациентов предполагает бóльшую вероятность функциональной патологии и пограничных психических расстройств.

2. Психогении.

Наличие в истории болезни указаний на предшествующие манифестации болезненного расстройства тяжёлые острые или хронические истощающие психотравмирующие переживания. Либо наличие

выраженных и несоответствующих тяжести расстройства эмоциональных переживаний.

3. Соответствие объективных данных субъективным переживаниям.

При психосоматических расстройствах пациенты предъявляют массу жалоб, демонстрируют выраженные страдания, ярко окрашенные эмоциональными переживаниями. Объективно выявляются лёгкая функциональная патология, а, нередко, – патологических изменений нет.

4. Коммуникативные особенности.

Ряд больных (чаще, с невротическими расстройствами) предъявляют массу динамичных, ярких, подчас, необычных жалоб, широкий спектр изменчивых эмоций и аффектов, активно идут на контакт, ищут помощи, охотно сотрудничают и дают качественную обратную связь. Эти пациенты тревожны, являются ходячей энциклопедией страхов, традиционных и нетрадиционных (у многих есть персональный опыт) методов лечения, ночами просиживают в интернете в поисках ответы на свои вопросы.

Вторая категория больных (соматоформные расстройства и депрессии) невербально демонстрируют более тяжёлые страдания, но речь их скучна, монотонна, жалобы бедные, стереотипные, неполные, лишены эмоций. Такой коммуникативный стиль называется алекситимия. Он затрудняет понимание больного, контакт с ним и качественное сотрудничество. А учитывая, что многие пациенты невербально выражают недовольство, недоверие, сомнения, раздражение и гнев – всё это может вызывать у врач негативный отклик в душе, что не лучшим образом.

5. Время и терпение.

Для понимания сути болезненного расстройства у психосоматических больных необходимо уделить внимание проникновению во внутренний мир пациента, понять его личностные особенности, внутренние психологические конфликты, типичные психологические защиты, стратегии совладания со стрессом. Всё это требует значительно большего, в сравнении с соматическими больными, времени и терпения.

Депрессивные расстройства.

Типичными признаками депрессии являются следующие *клинические проявления*, непрерывно нарастающие на протяжении, как минимум, двух недель:

- Подавленное, угнетённое, мрачное, унылое, тоскливое настроение;
- Двигательная и интеллектуальная заторможенность;
- Нежелание и невозможность что-либо делать;
- Отсутствие удовольствия от обычно приятных занятий и вещей (ангедония);
- Различные виды нарушения сна, наиболее типичны ранние утренние пробуждения (4-5 часов) с тревогой;
- Широкий спектр вегетативных расстройств;
- Снижение/отсутствие либидо;
- Снижение или отсутствие аппетита, в редких случаях – повышение;
- Снижение массы тела (более чем на 5-10% от исходной), даже при нормальном аппетите и соблюдении режима питания.

Наиболее мучительны для больных *нарушения в когнитивной сфере*, временно меняющие самооценку и мировоззрение:

- Пессимизм, негативная переоценка жизненных событий;
- Заниженная самооценка;
- Чувство вины;
- Обесценивание жизни и мысли о смерти;
- Ощущение безысходности, вечности страданий;
- «чёрно-белое» восприятие мира, без вкусов и запахов, в тяжёлых случаях – мучительное ощущение утраты способности к каким-либо чувствам.

Для эндогенных депрессий характерна типичная *суточная ритмика*: самое тяжелое состояние – в утренние часы и в первой половине дня, к вечеру симптомы могут в значительной степени ослабляться или даже временно отступать. Поэтому осмотр такого больного во второй половине дня требует тщательного и целенаправленного опроса для выявления депрессивной симптоматики.

При соматизированной депрессии на первый план выступают различные системные вегетативные расстройства:

- Головные боли («мышечного напряжения»);
- Боль в области сердца, тяжесть в груди, сердцебиение, колебание АД;
- Стеснение в груди, неудовлетворённость вдохом;
- Тошнота, рвота, чаще по утрам, отвращение к пище, гиперэстезия к запахам пищи, запоры (реже - поносы по утрам);
- Жжение – локальное или во всём теле, озноб, потливость, сенестопатии;
- Субфебрилитет;

- Различной локализации болевой синдром;
- Сухость слизистых, гипо-, гиперестезия.

В этих ситуациях больные нацелены на получение соматического диагноза и, как правило, проходят многих узких специалистов и широкий спектр диагностических процедур, что нередко даёт повод к новым исследованиям, новым тревогам и сомнениям.

Невротическая депрессия отличается от эндогенной лишь количественной выраженностью симптомов, значительно меньшей тяжестью расстройств, отчётливой связью с психогенными факторами, большей длительностью (6 и более месяцев) и особенностями течения (волнообразность течения, спонтанные ремиссии).

Ошибки диагностики

(лирическое отступление).

В психологии современного человека (и общества) есть чёткая установка на соматический диагноз (определение физических аспектов страдания). Диагноз соматической болезни предпочтителен по следующим причинам:

- *Всё понятно, хотя и больно и неприятно;*
- *Можно рассчитывать на понимание и принятие окружающих;*
- *Извлечение вторичных выгод из болезни: вызывание сострадания, чувства вины позволяет манипулировать окружающими, избежать ответственности, уклоняться от обязанностей.*

При психиатрическом диагнозе картина обратная:

- *Есть опасность стигматизации – непонимания, отчуждённость людей, страх возможных социально-юридических ограничений (водительские права, охотничье оружие, работы в силовых структурах);*
- *Позорность такого диагноза, необходимость скрывать наличие расстройства и факт лечения;*
- *Необходимость принятия ответственности за свою болезнь, разбираться в её психологических коллизиях;*
- *Меньшая вероятность получения понимания, поддержки и помощи со стороны окружение.*

Исходя из этого, становится понятным «забывание» рядом терапевтов возможности развития у больного психического расстройства. Это первое основание для нераспознавания психосоматических заболеваний (на наш взгляд, главное).

Второе основание – недостаточная информированность по данному вопросу (автор очень надеется, что его скромный труд и внимание к проблеме со стороны коллег поможет в устранении указанной проблемы).

Тревожные невротические расстройства.

Тревога – негативное ощущение смутной неопределённой угрозы, опасности, беспредметный страх, сопровождающийся комплексом вегетативных нарушений с акцентом на перевозбуждение (постоянное или пароксизмальное) симпатoadреналовой системы.

Генерализованное тревожное расстройство.

Проявляется следующей симптоматикой:

- Тахикардия, сильная пульсация сердца;
- Потливость;

- Дрожь в теле, тремор;
- Чувство удушья, затруднённое дыхание;
- Боль или дискомфорт в груди;
- Тошнота, неприятные ощущения в желудке;
- Головокружение, неустойчивость и шаткость при ходьбе, «предобморочность» состояния, ощущение изменённости, нереальности, в собственном теле или окружающем мире;
- Страх потери контроля, сумасшествия;
- Страх наступающей смерти;
- Приливы или озноб;
- Онемение в теле, ощущение покалывания;
- Мышечное напряжение или боль;
- Беспокойство, невозможность расслабиться;
- Нервозность, напряжение;
- Ощущение комка в горле, затруднённое глотание;
- Усиленная реакция на внешние раздражители, испуг;
- Затруднение сосредоточения внимания;
- Раздражительность;
- Затруднённое засыпание.

При *панической атаке* многие из перечисленных симптомов разворачиваются внезапно и достигают значительной интенсивности, сопровождаются паническим «животным» страхом, психомоторным возбуждением пациента и, как правило, приводят к вызову бригады СМП. Интернисты диагностируют это состояние как диэнцефальный криз или симпатoadреналовый пароксизм, успешно купируют его, но, к сожалению, далеко не всегда направляют больных на лечение и реа-

билитацию к психиатрам (психотерапевтам). Излечение возможно только в этом случае, поскольку необходимы специализированные комплексные терапевтические реабилитационные программы, являющиеся сферой *компетенции психиатрии*.

Соматоформные вегетативные дисфункции.

Ранее в психиатрии эти расстройства определяли как *органные неврозы*. Для них характерно:

- Наличие симптомов вегетативного возбуждения, имитирующих картину соматической болезни;
- Отсутствие объективных признаков расстройства структуры и функций в данном органе или системе;
- Длительность (как и для всех невротических расстройств) более 6 месяцев.

Выделяют *соматоформные вегетативные дисфункции*:

- *Сердца и сердечнососудистой системы;*
- *Верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок);*
- *Нижних отделов желудочно-кишечного тракта;*
- *Дыхательной системы;*
- *Урогенитальной системы.*

Соматоформные дисфункции проявляются многообразием вегетативных симптомов, приуроченных к *одной системе* или органу. Имеют массу параллелей в соматической медицине, нашедших своё отражение в классификациях и врачебном сленге, подразумеваемых как функциональные расстройства. Приведём некоторые из них: головные боли мышечного напряжения, невроз сердца, постстрессовый желудок, синдром раздражённого кишечника, нейрогенный мочевой

пузырь, респираторный дистресс, патомимия (архаический дерматологический диагноз для психосоматики *кожной системы*: упорный зуд, неясного характера высыпания, на фоне странного поведения).

Соматизированное расстройство.

Вариант патологии, при котором отмечается длительное (более 2-х лет) присутствие симптомов возбуждения вегетативной нервной системы, приуроченной к *двум и более органам и системам*. Является одним из трёх вариантов проявления истерии, наряду с конверсией (судороги, псевдопарезы и параличи, анестезия) и диссоциацией (диссоциативные амнезия, ступор, транс).

Излечение данного расстройства немислимо без вмешательства психиатра и высокопрофессиональной упорной длительной психотерапевтической помощи.

Хроническое соматоформное болевое расстройство.

Характеризуется наличием упорного, тяжелого и мучительного болевого синдрома различной локализации. Типична длительность, отсутствие объективных данных, объясняющих его генез. Внимание больных сфокусировано на боли и она является осевым феноменом в их жизни.

Ипохондрическое расстройство.

Характеризуется:

- Непоколебимой убеждённости больного в наличии у него серьёзного физического заболевания;
- Озабоченность убеждением в болезни вызывает постоянные страдания больного, социальную дезадаптацию в повседневной жизни и вынуждает пациента постоянно искать ме-

дицинское обследование и лечение, обращаться за помощью к представителям нетрадиционной медицины и целителям;

- Образ жизни больного целиком сосредоточен на разработанной им программе по оздоровлению и лечению;
- Упорный отказ больного принять медицинские заверения в отсутствии физических причин симптомов.

Нарушения пищевого поведения.

Являются нередкими в психосоматике, поскольку пища является символом, играющим ключевую роль во многих психологических конфликтах: проблемы любви и утраты, недостаток принятия и заботы, агрессии и ненависти, дефицит самоуважения, протест и самонаказание. Клинически выделяют три основных формы: нервная анорексия, нервная булимия и ожирение, связанное с перееданием.

Нервная анорексия.

Неоднородное расстройство, которое по своей клинической типологии может быть разделено на проявления трёх типов:

- *Невротический уровень;*
- *Эндогенный уровень, близки к аффективной патологии (депрессия);*
- *Психотический уровень (дисморфобический и дисморфоманический бред).*

Представляем основные признаки *анорексии невротического уровня:*

- Болеют только девушки в возрасте 12-25 лет (реже старше);
- Расстройство связано с психологическими проблемами пубертата (социализация, самоидентификация, коммуни-

кативные сложности, семейные проблемы), но трансформируется на недовольство собственной внешностью, фигурой, особенно если есть намёки на избыточный вес;

- Основная поведенческая стратегия пациенток – достижение «идеального» веса;

- Для достижения поставленных целей используются:

1. Жесткие ограничения в объёме питания, полное исключение калорийной пищи, иногда голодание, изнуряющие физические нагрузки – *рестриктивный (ограничительный) тип анорексии*,

2. Снижение веса посредством вызывания рвоты после приёма пищи, приём мочегонных и слабительных средств. Учитывая, что на первой стадии болезни аппетит сохранён, иногда повышен (случаются переедания), иногда применяются всевозможные средства для снижения аппетита, часто – различные фармакологические препараты для похудения, - *очистительный тип анорексии*;

- Указанное поведение тщательно скрывается, отрицается, при его обнаружении родителями, последние встречают жёсткий отпор при попытке «накормить ребёнка», ограничения питания рационализируются больным (соблюдение Поста, здоровое питание, натуропатия, вегетарианство, раздельное питание).

На втором этапе расстройства, при прогрессирующем снижении массы тела (более чем 10-15% от исходного) у девушек прекращаются месячные, развиваются желудочно-кишечные расстройства и *астено-субдепрессивный синдром* (вялость, слабость, утомляемость, раздражительность, плаксивость, аффективная неустойчивость, нарушение сна, склонность к гипотонии, и синкопальным состояниям, тахикар-

дия, подавленность, апатия). Вполне логично предположить, что родители после безуспешных семейных баталий насильно ведут ребёнка к: гастроэнтерологу, гинекологу, невропатологу, эндокринологу..., но никак не к психотерапевту (психиатру). Для третьей стадии характерна нарастающая кахексия, безбелковые отёки, гиповолемический шок, дистрофические нарушения внутренних органов. Даже в такой стране, как Германия, где развита специализированная сеть учреждений по реабилитации больных с анорексией, 15 % случаев заболевания заканчиваются летально. Поэтому своевременное направление таких больных к психиатру реально может спасти жизнь.

Нервная булимия.

По своим проявлениям полярна анорексии:

- Периодические (не менее 2 раз в неделю) эпизоды развития интенсивного неутолимого голода со значительным перееданием;
- Постоянная озабоченность приёмом пищи, сильное желание и навязчивое стремление к еде;
- Использование «очистительных» стратегий как при аналогичном варианте анорексии, что, в совокупности с навязчивым страхом располнеть, приводит к снижению веса;
- Маятникообразные колебания массы тела, нередко смена клиники булимии на клинику анорексии (атипичные варианты расстройства)

Ожирение.

При ожирении, связанном с перееданием, проблема носит хронический характер, пациенты к ней лучше адаптированы, и обращаются к терапевтам в случаях сопутствующих и вытекающих из избыточного веса соматических проблем или за помощью в плане похуде-

ния. Психосоматические больные с ожирением не имеют нейроэндокринной патологии, могут быть хорошо информированы в вопросах здорового питания. Но они не могут решать свои психологические проблемы и бороться со стрессами иначе, как «баловать» себя чем-то «вкусненьким», а различные психотехнологии контроля массы тела, включая «кодирования», не решают глубинных проблем, дают кратковременный эффект и только увеличивают амплитуду маятника динамики веса.

Расстройства сна.

Могут быть единственным симптомом расстройства и не иметь никаких органических и соматических предпосылок, а лишь отражать напряжённые и несовершенные *механизмы адаптации* и глубинные психологические проблемы.

Бессонница, связанная с трудностями адаптации, может быть обусловленная следующими причинами:

- Сменный характер работы, работа в ночные часы;
- Смена часового пояса;
- Напряжённый график работы без чёткого регламента;
- Частые командировки, переезды;
- Семейные проблемы (тяжёлые болезни близких, маленький ребёнок, проблемные дети);
- Текущие неразрешимые психологические проблемы;
- Переживания возрастных и ситуационных экзистенциальных кризисов.

Расстройства сна могут сопровождаться такими клиническими проявлениями как *ночные ужасы, ночные кошмары, гиперсомния, нарушение режима сон-бодрствование.*

Сексуальные дисфункции.

Функциональные сексуальные дисфункции (*отсутствие или потеря сексуального влечения, сексуальное отвержение, отсутствие сексуального удовлетворения, отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция мужчин), оргазмическая дисфункция, вагинизм, повышенное сексуальное влечение*, также могут выступать в качестве моносимптома, не иметь нейрофизиологических и соматических предпосылок. Все они требуют кропотливой совместной работы сексопатолога и психотерапевта.

Психические расстройства пограничного уровня, обусловленные соматическими заболеваниями и органическими поражениями головного мозга (соматопсихические).

Хронические соматические заболевания сопряжены со страданием, необходимостью выносить боль, физический дискомфорт, нарушения функций, затратой дополнительных сил и энергии для обеспечения стабильности и успешной социальной деятельности; наполнены тревожными ожиданиями, неуверенностью, иррациональными страхами, делают больных ранимыми, чувствительными, обидчивыми, злобными. Острые расстройства несут ощущения катастрофичности, паники, отчаяния и уныния, заставляют переосмысливать жизненные ценности. Всё это, в совокупности с нейрофизиологическими изменениями в организме, снижением церебральной энергетики, создаёт предпосылки к развитию неврозоподобных (органических непсихотических соматогенно обусловленных) расстройств.

Выделяют следующие варианты неврозоподобных расстройств, по *ведущему психопатологическому синдрому*:

- ❖ *Астеническое;*
- ❖ *Тревожное;*
- ❖ *Депрессивное;*
- ❖ *Конверсивное.*

Указанные синдромы описаны нами ранее при рассмотрении соответствующих расстройств. При неврозоподобных состояниях они имеют сходные клинические проявления и отличаются рядом *характеристик*:

- Тесная связь клинической динамики неврозоподобного состояния с соматическим расстройством;
- Протекание на фоне церебрастении: быстрая психическая истощаемость, эмоциональная лабильность, слезливость, снижение концентрации внимания, частые цефалгии, метеозависимость;
- Клиническая неполнота и незавершённость, стереотипность болезненной симптоматики;
- Сложное для диагностики сочетание функциональных и органических симптомов болезни.

Данная группа расстройств для успешной реабилитации нуждается в параллельной работе специалиста по основному заболеванию и врача-психиатра (психотерапевта).

Синдром профессионального выгорания.

Профессиональное выгорание – полисиндромное психическое расстройство пограничного уровня связанное с длительными истощающими психогениями производственного характера, перегрузками.

Указанное расстройство не является диагностической рубрикой МКБ, однако, описано нами в силу его большой распространённости и высокой значимости в качестве отправной точки развития большинства психических и соматических расстройств.

В группу риска по данному синдрому входят профессии связанные со значительным (более 70% рабочего времени) общением с людьми, высокой ответственностью, значительным психоэмоциональным напряжением. Это медицинские работники, педагоги, психологи, социальные работники, руководители всех рангов, сотрудники правоохранительных органов, менеджеры, представители сферы услуг. Факторы риска определяются также особым психологическим профилем, включающим слабые границы собственного Я, способствующие «заражению» чужими проблемами; низкими коммуникативными способностями; ригидностью; моральным мазохизмом; трудоголизмом.

Процесс профессионального выгорания протекает по следующим этапам:

1. Предвестники начальной фазы: повышенная активность, осязаемое утомление в конце рабочей недели, а затем к концу каждого рабочего дня.
2. Снижение активности.
3. Поиск виноватых: эмоциональные реакции - агрессия или депрессия.
4. Спад: снижение креативности, инертность, нарастающая пассивность.
5. Оскудение: уплощение эмоциональной, социальной и духовной жизни, изоляция.
6. Психосоматические реакции: невротические, депрессивные, инфекционные и соматические заболевания, алко-

голизация и другие зависимости, психопатизация и нарастание профессионального дефекта.

7. Отчаяние: хроническое чувство безысходности, вы-
раженный душевный кризис, хронические психические и сома-
тические расстройства, высокий риск суицида.

Основные симптомы синдрома профессионального выго-
рания:

- Ухудшение отношений с коллегами и род-
ственниками;
- Нарастающий негативизм по отношению к
клиентам, к коллегам;
- Злоупотребление алкоголем, никотином, ко-
феином;
- Утрата чувства юмора, постоянное чувство
неудачи и вины;
- Повышенная раздражительность и на работе, и
дома;
- Упорное желание сменить род занятий;
- Рассеянность, утомляемость, слабость;
- Нарушения сна;
- Обостренная восприимчивость к инфекцион-
ным заболеваниям;
- Чувство хронической усталости.

Проблема коморбидности.

Трудно найти счастливого, в возрасте старше 35 лет, чьи записи в
амбулаторной карте ограничиваются одним диагнозом. У пациентов

старше 40 лет, как правило, имеются 3-4 соматических диагноза. Но могут быть и психиатрические, и не один. Например, пациент с хроническим невротическим состоянием систематически злоупотребляет алкоголем, с формирующейся зависимостью, и у него, после черепно-мозговой травмы, на *церебрастеническом фоне*, развивается депрессивное состояние. Целых три психиатрических диагноза, и это - суровая обыденность. Такие расстройства, протекающие параллельно и диагностируемые на момент обследования называются *коморбидными* (соболезненными). По статистике 35-65% всех психических расстройств являются коморбидными. Безусловно, это затрудняет диагностику и осложняет терапевтически-реабилитационный процесс. А если этот набор психической патологии развивается на фоне соматических расстройств и при этом функциональные и органические расстройства имеют одну точку приложения и сходную по типологии симптоматику. Разобраться в таком букете одному узкому (пусть даже высококвалифицированному и продвинутому) специалисту крайне непросто и скорбная одиссея пациента ведёт его от одного специалиста к другому, до тех пор, пока его не направят к психиатру (или доктор знающий попался, или больной крайне «достал»).

Выход в этой ситуации только один. Увидеть больного целиком: в комплексе соматики и психики, их тесной взаимосвязи и с учётом влияний социума. Разбросать диагнозы по полкам, создать иерархию проблем, и организовать параллельные курсы терапии у профильных специалистов.[3,4,6,9,28,31,77,96,114]

ГЛАВА IX

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ

В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В ХОДЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА С ПОЗИЦИИ КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИ-ЛИНГВИСТИЧЕСКИ-ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА. ПРОБЛЕМА ТРАНСФЕРА И КОНТРАНСФЕРА.

Nosce te ipsum.

Познай самого себя.

9.1. Обзор развития взглядов на проблему

Проблема изучения *контрпереноса* как наиболее сложного и интимного проявления когнитивной активности терапевта в процессе аналитической диагностики и терапии привлекает внимание специалистов своей многоаспектностью, методологическими сложностями в её исследовании, высокой значимостью и актуальностью, как с теоретических позиций, так и в прикладном клиническом воплощении.

Современный взгляд на проблему контрпереноса предполагает следующие варианты:

1. Совокупность эмоциональных и когнитивных реакций психоаналитика на перенос пациента (то есть, сам контрперенос в узком смысле концепта).
2. Чувства аналитика, не имеющие непосредственного отношения к данному пациенту, но возникающие под влиянием последнего.
3. Первичный, бессознательный перенос аналитика на пациента, включающий в себя психоаналитическое мышление и импли-

цитный запрос аналитика, предшествующий возникновению переноса.

[34,37,46,56,86,95,106,112-117].

Феноменология контртрансферентных отношений наиболее рельефно и ярко, на наш взгляд, отражена в работах М.М. Юзана [70]. Он описывает проявление контрпереноса как внезапно возникающие странные представления, фразы, неожиданные в грамматическом отношении, абстрактные формулы, красочные образы, более или менее оформленные фантазмы, не имеющие ясной связи с контекстом текущего сеанса. Данные явления могут возникать в любой момент сеанса, не вызывают аффективных состояний у аналитика, приводят к лёгкому волнообразному изменению состояния сознания, сродни деперсонализации и парадоксальным образом, не сопровождаются снижением внимания, и соответствуют определённым психическим процессам, развёртывающимся у анализируемого, проистекающими непосредственно из речи или отношения пациента, и ещё не выявленные.

История развития аналитической мысли демонстрирует радикальные изменения взглядов на контрперенос от негативного феномена и основного препятствия терапии к самому мощному ресурсу лечения, способствующего глубинному пониманию психодинамических процессов аналитической терапии [102,115]. Фрейд [115,] рассматривал контрперенос как психодинамическое влияние пациента на бессознательное врача, вносящее деформирующее влияние на терапию, даже при обязательном обучающем анализе. Постепенное преодоление фобического избегания контртрансфера прослеживается в работах Ференци [116], описавшего три фазы овладения и контроля над контрпереносом; Фенихеля [117], признававшего, что страх перед контрпереносом деформирует представления о человечности аналитика; Дойч [118], проводивший связь между контрпереносом и эмпатией. Рево-

люционными стали работы Хайманн [119], разработавшей новую концепцию контрпереноса как феномена, охватывающего все чувства аналитика к пациенту, играющего существенную помощь в диагностике и являющегося важным техническим инструментом. Она приписывала создание контртрансфера пациенту, подчёркивала важность более полного открытия аналитика к этому феномену. В рамках теории Кляйн, Рэкер [120] различал реакции контрпереноса у аналитиков в соответствии с формами идентификации: конкордантную (соответствующую) и комплементарную (дополняющую). М.М. Юзан [70] предложил понимание контрпереноса с позиций парадоксальной системы - особого психического состояния аналитика, при котором его когнитивные процессы становятся во многом идентичными психическому состоянию анализируемого. Парадоксальное мышление возникает в зоне между бессознательным и предсознательным и развивается благодаря временному или частичному торможению функций, позволяющих признать другого и защититься, что может приводить к слиянию бессознательного терапевта и пациента.

Исследование контртрансфера немислимы без изучения внутреннего диалога аналитика, его внутренней речи в процессе диагностики и терапии. Данный вопрос представляет значительные сложности в силу невозможности объективизации процесса, необходимости самоанализа. Последний, помимо личностных предпосылок, предполагает немалый опыт и наличие определённых технологий. П.Куттер [56] описал семь ступеней понимания во внутреннем диалоге психоаналитика входе аналитического процесса. Автор подчёркивает условность ступеней, возможность одновременности протекания отдельных этапов и непоследовательности смен. Первая ступень - собственно восприятие слов пациента, процесс неполный, сильно зависящий от прагматических переменных (место, время, степень доверия). Вторая ступень - процесс

переработки информации: герменевтический подходе использованием терапевтом личного опыта, приводящий к предпониманию пациента. Третья ступень требует учёта концепций "желания и сопротивления", изучения переноса и контрпереноса, с участием эмпатии. Четвёртая ступень- синтез трёх предшествующих этапов и создание предварительного "внутреннего образа" анализируемого. Носит субъективный характер, зависит от терапевтических ориентации аналитика. Пятая ступень - сличение "внутреннего образа пациента" с ранее известными аналитику примерами проявления стереотипных отношений; коррекция, конкретные определения аффектов. Шестая ступень - обращение к теоретическим конструкциям психоанализа, исследование пациента, анализ контрпереноса, проверка теории практикой, логический анализ, при необходимости - супервизия. Седьмая ступень - психоаналитическое толкование.

Интроспекция и самоанализ предполагают наличие у аналитика соответствующего практического опыта, специфической концентрации и дополнительных энергетических затрат. В первую очередь это касается более полного перевода содержания внутренней (предсознательной) речи во внешнюю (сознательную). Выготский [24,25], характеризуя внутренний план речи, указывал, что в нём осуществляется переход от синтаксиса значений к словесному синтаксису, превращение грамматики мысли в грамматику слов, видоизменение смысловой структуры при её воплощении в словах (переход в развёрнутую фразовую речь или, в нашем случае, внутренний диалог). Внутренняя речь характеризуется особым синтаксисом: отрывочность, фрагментарность, сокращённость, господство чистой предикативности (слова с глагольной функцией); особым семантическим строем: преобладание смысла слова над его значением, объединение слов и агглютинация понятий, иные законы объединений и слияния слов [59,60]. Происходящие при переходе от

предсознательного к осознанному мышлению процессы отражены в психолингвистических механизмах речепорождения [58]. В начале построения высказывания лежит мотив, аффективное состояние, порождающие речевую интенцию, с имеющимся образом результата. На следующем этапе внутреннего программирования происходит смыслообразование и формирование замысла посредством языка. На третьем этапе происходит лексико-грамматическая развёрстка, активизирующая артикуляционную программу. Обобщённый механизм речепорождения можно представить в виду поэтапного развёртывания следующих уровней [11]. Первый уровень - внутренняя смысловая программа высказывания, где осуществляется выбор смыслов во внутренней речи и смысловое синтаксирование. Следует подчеркнуть, что символы внутренней речи носят невербальный характер: образы, аффекты, смутные эмоциональные состояния, фантазмы, случайные ассоциации. На втором уровне формируется семантическая структура предложения, выбор языковых значений слов для соответствующих элементов предыдущего этапа. Особо отметим, что эти два этапа, в отличие от последующих максимально воплощают субъективность наполнения семантик и индивидуализм конкретного субъекта. На третьем этапе формируется лексико-грамматическая структура предложения, воплощаемая на четвёртом уровне - моторной программы синтагмы (кинетико-артикуляционная реализация высказывания или внутреннее проговаривание).

Приведенный обзор демонстрирует значимость, сложность и неоднозначность взглядов на проблему контртрансферентных отношений, недостаточную изученность когнитивных процессов аналитика (терапевта) в процессе диагностики и лечения, требующих самоанализа, глубокого самораскрытия, вызывающих сопротивление по целому ряду вполне понятных причин. Кроме того, на наш взгляд, большой интерес и немалую практическую значимость представляет

исследование контртрансферентных отношений и психолингвистики мышления психиатра (психотерапевта) в контексте повседневной диагностической и психотерапевтической работы.

9.2. Дизайн исследования. [27]

Материал исследования составили данные нашего самонаблюдения и самоанализа в ходе диагностической (300 пациентов, представляющих практически все основные диагностические рубрики, в широком возрастном диапазоне, обоих полов) и психотерапевтической работы. Психотерапевтический процесс: три пациента с невротическими расстройствами, проходящими психоаналитическую терапию, длительность более тридцати пяти сеансов; 12 пациентов с невротическими и личностными расстройствами, проходящие психоаналитически ориентированную психотерапию, длительность более 20 сеансов; 45 пациентов различных диагностических категорий, проходящих различные виды краткосрочных психотерапевтических интервенций (личностно-центрированная, когнитивно-поведенческая), длительность терапии - 4-8 сеансов.

В ходе исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-феноменологический, аналитический методы диагностики, а также, разработанная нами [29] комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах, включающая психосемантический, психолингвистический, паралингвистический, синтаксический подходы. Для пациентов, проходящих психоанализ и психоаналитически ориентированную психотерапию, дополнительно использовалось структурное психоаналитическое интервью [20,95].

9.3. Результаты исследования.

Представляем результаты наших исследований в следующей последовательности: вначале - когнитивная схема работы психиатра в ходе диагностической, а затем психотерапевтической деятельности и, в заключении описание анализа контртрансферентных отношений. Следует подчеркнуть два обстоятельства. Во-первых, разработанные когнитивные схемы ориентированы на универсального врача-психиатра, который основывает свою работу на приверженности строгим традиционным клиническим позициям, активно использует широкий арсенал психотерапевтических методик с первых минут психодиагностического интервью, в интерпретации символики психопатологических переживаний больного придерживается феноменологически-аналитической методологии. И, во-вторых, представленные когнитивные схемы не претендуют на завершенность и универсальность, отражают наши субъективные позиции и являются ещё одной попыткой углублённого изучения проблемы с акцентом на объективизацию интроспекции врача.

9.3.1. Схемы когнитивной активности психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы

1.1. Психодиагностическое интервью

В ходе первичного психодиагностического интервью психиатр должен успешно разрешить следующие задачи:

- Установление контакта с пациентом;
- Сбор и анализ широкого круга информации достаточной для формулировки предварительного клинического психиатрического диагноза, ориентировки в соматическом состоянии больного, опре-

деление личностных психологических особенностей пациента, его ведущих психологических защитных механизмов, характера объектных отношений, уровня социального функционирования, актуальных стрессовых факторов, анализа типичных коммуникативных стратегий и основных психологических проблем;

- осуществление необходимых психотерапевтических интервенций, включающих поддерживающую, рациональную и, по необходимости, суггестивную терапию;
- составление плана дальнейшей работы с пациентом: дополнительные исследования, психофармакотерапия, психотерапия;
- доведение до пациента всей необходимой информации: диагноз, прогноз, характер и особенности терапии, длительность лечения;
- формирование комплайенса с пациентом, обсуждение регламента работы (режим терапии, график встреч, обратная связь, механизмы мониторинга терапевтической динамики);
- начало терапевтического процесса.

Когнитивную деятельность психиатра в ходе психодиагностического интервью схематично можно представить в виде следующих этапов.

Первый этап - первое клиническое впечатление. На этом этапе, с первых секунд появления больного и первых произнесенных им слов, психиатр анализирует особенности невербального поведения (внешний вид пациента, особенности мимики, позы, жестов, локомоции, территориальное поведение) и согласованность компонентов речевого поведения между собой и с невербальным поведением (семантика, паралингвистика и прагматика речевого сообщения). Выявление ярких симптомов невербального поведения, общее впечатление от больного, сопо-

ставляемые с базой данных, накопленных специалистом в ходе практики, позволяют нередко высказывать предположительный диагноз, очерчивать круг дифференциальной диагностики, формировать гипотезы о типе личности пациента. На этом этапе психиатр выбирает коммуникативную стратегию, которая способна успешно подстроится под особенности больного. Анализ обратной связи, попытка посмотреть на себя глазами больного или со стороны позволяет психиатру гибко подстраиваться под динамику интервью, изменения в паттернах поведения пациента. Уже на этом этапе возможны контртрансферентные проявления в самом широком смысле этого концепта. На наш взгляд, наиболее типичными проявлениями контртрансфера у врача являются следующие (при обязательных условиях, что пациент первичный, а терапевт находится в рабочем состоянии, относительно психологическом и физическом благополучии и не обременён шлейфом "предыстории" пациента, несущей субъективное эмоциональное наполнение других лиц):

- беспричинное возникновение различных по силе и полярностей эмоциональных реакций на больного;
 - возникновение адекватных по контексту коммуникаций¹, но не адекватных по силе или полярности эмоциональных реакций;
 - кратковременные реакции эмоциональной отстранённости от интервью, пустота и безразличие у терапевта, как проявления сопротивления контртрансферу;
 - возникновение "странных" фантазий и представлений в отношении пациента, далёких от обсуждаемого контекста и личности больного;
 - развитие у терапевта состояний, напоминающих феномены "уже переживаемого раньше" (являются, на наш взгляд, частой причиной врачебных ошибок в диагностике, оценке тяжести состо-

яния,

прогноза и терапевтической тактики);

- ощущение врача, что он общается с совершенно другим пациентом, который отдалённо напоминает настоящего неуловимыми, неосознаваемыми и, как правило, мелкими и второстепенными деталями;

- резкие и внешне немотивированные перемены внутреннего эмоционального состояния врача;

- возникновение неприятных или амбивалентных для терапевта агрессивных или эротических мыслей и представлений в отношении пациента;

- внезапные, кратковременные провалы в синтонности и эмпатии: отказ терапевта понимать и принимать несложные фрагменты переживаний пациента;

- проблемы в вербализации терапевта: сложность подбора точных понятий в определённых контекстах общения с больным, нарушения выбранной стратегии коммуникации, аналитически значимые

оговорки, необоснованные иронии и критика, неудачный юмор, необъяснимые жёсткость и грубость;

- тяжесть и невыносимость интервью для врача, желание поскорее избавиться от больного, ощущение, что с каждой минутой пациент "высасывает" энергию и силу;

- неоправданное затягивание интервью в целом или отдельных его этапов с нарциссическим самолюбованием терапевта на фоне конкретной психологической проблемы пациента или его

определённого психотипа, с ригидностью объектных отношений.

Мы умышленно даём подробное описание контртрансферентных реакций уже на первом этапе, так как самоанализ диагноста дол-

жен включаться с первых минут общения с больным для своевременного выявления трансферентно-контртрансферентных отношений и более полного их использования в процессе диагностики и терапии.

Второй этап - сбор и обработка информации.

На этом этапе психиатр, продолжая исследование невербального и речевого поведения больного, получает необходимую информацию, позволяющую составить целостное представление о пациенте: история жизни и настоящего заболевания, соматическое здоровье, социальное окружение и уровень функционирования, значимые отношения и актуальные проблемы, психологические особенности. При этом врач более тонко подстраивает коммуникацию с учётом выявляемых особенностей пациента: психологический профиль, образовательный уровень, профессиональный статус, типичные коммуникативные стратегии и особенности лексики. Важным является поощрение монологической речи больного для детального изучения особенностей речевого поведения, психологических характеристик, ведущих механизмов психологической защиты.

Третий этап - активный диалог с больным, элементы психотерапевтической интервенции, получение психодинамических представлений.

Использование структурного психодиагностического интервью позволяет оценить психопатологическую симптоматику и личность больного с психодинамических позиций, а психотерапевтические интервенции формируют базис для терапевтических отношений и комплайенса, способствуют обратной связи. На этом этапе нередко выявляются трансферентные реакции пациента, следовательно, возрастает необходимость самонаблюдения диагноста.

Четвёртый этап - анализ и интерпретация полученных данных, формулирование клинического диагноза, обобщение психодинамического подхода.

Обобщение и анализ информации, полученной на предшествующих этапах, приводят к формированию чётких клинических представлений о данном случае с вытекающими терапевтическими стратегиями. Психодинамический подход даёт более глубокие представления о личности больного, наполняет продукцию пациента субъективными смыслами и, в конечном счёте, предопределяет перспективность применения той или иной психотерапевтической стратегии. Проводимый терапевтом самоанализ является залогом более объективной диагностики для успешной терапии.

Пятый этап - доведение информации до пациента, формирование терапевтического союза, начало терапии.

На этом этапе важно отслеживать эмоциональные реакции пациента на информацию предоставляемую терапевтом, степень, глубину и субъективный характер её понимания и интерпретации, анализировать отношение пациента, складывающееся в ходе интервью к терапевту, уровень доверия, наличие противоречий, мотивации и интерес к терапии. Грамотные терапевтические стратегии и анализ все приведенной выше информации способствует успешному формированию терапевтических отношений и, после обсуждения технических моментов, начало терапевтического процесса.

9.3..2. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия

Приводим наши представления об этапах и механизмах когнитивной деятельности терапевта в ходе психоанализа и психоаналити-

ческой психотерапии на этапе сбора и обработки информации для последующего формулирования интерпретации. Следует отметить, что разделение когнитивных процессов на отдельные этапы является условным, многие из этапов могут осуществляться в сознании терапевта одновременно или в иной последовательности, прерываться или блокироваться сильными контртрансферентными реакциями, сопротивлением последним, деформироваться под влиянием различных объективных факторов.

- *Первый блок - базисный - общая оценка и контроль состояния пациента, отслеживание клинической, феноменологической и психодинамической составляющих, в их динамике.*

В первом блоке на фоне "свободноплавающего" и "равномерно распределённого внимания" аналитик выполняет следующие задачи.

- Уровень 1. Отслеживание динамики невербального и речевого поведения пациента, внесение дополнений и уточнений в клиническую картину.

- Уровень 1.2. Отслеживание семантики речевой продукции пациента, внесение дополнений и уточнений в представления о проблемах пациента с позиций психодинамики.

- Уровень 1.3. Выявление субъективных семантик ключевых переживаний пациента.

- Уровень 1.4. Самонаблюдение и самоанализ терапевта, в том числе, с позиций трансферентно-контртрансферентных отношений.

- Уровень 1.5. Обобщение и анализ информации предыдущих уровней и последующая коррекция представлений о "внутреннем образе пациента".

- *Второй блок - блок решения технических аналитических задач.*

Как известно, аналитическая классическая техника представляет собой последовательное осуществление четырёх процедур: конфронтации, прояснения, интерпретации и проработки. Представляем развёртывание блока при решении самой трудной задачи - интерпретации

- Уровень 2.1. Получение информации от пациента, выделение ключевых переживаний и наиболее значимых символов.
- Уровень 2.2. Переработка и анализ информации с применением герменевтического подхода, поиск максимально возможных вариантов интерпретации значимых символов в переживаниях пациента.
- Уровень 2.3. Поиск индивидуальных субъективных семантик значимых символов переживаний пациента.
- Уровень 2.4. Самонаблюдение и самоанализ терапевта. Внесение дополнений и коррекций в трактовку переживаний больного с учётом трансферентно-контртрансферентных отношений.
- Уровень 2.5. Синтез и анализ информации всех предшествующих уровней, в том числе, информации уровня 1.5. Создание предварительной модели представлений о психодинамике пациента и его "внутреннем образе".
- Уровень 2.6. Обращение к аналитическим теоретическим концепциям, собственному практическому опыту, содержащему сходный материал и сопоставление с ними предварительной модели "внутреннего образа пациента".
- Уровень 2.7. Коррекция представлений о больном, анализ контртрансферентных отношений, продолжение исследования пациента. Создание теоретической модели интерпретации.
- Уровень 2.8. Проверка теоретической модели на практике, отработка гипотез в ходе аналитического процесса. Логический анализ. Использование теоретических аналитических концепций, В случае возникновения затруднений проблем - возвращение к уровню 2.5. или про-

ведение супервизии.

- Уровень 2.9. Осуществление психоаналитической интерпретации.

- Когнитивная активность аналитика, направленная на самоанализ в процессе терапии требует "модификации нарциссической инвестиции" [70]. Чтобы аналитический процесс не сместился в сторону интеллектуального самолюбования и самоисследования как ведущих моментов, эти процессы нужно строго контролировать и постоянно помнить, что самоанализ является не целью процесса, а всего лишь дополнительным, пусть и очень важным, и ценным, инструментом. Аналитический процесс, в отличие от диагностического, предполагает целенаправленное и постоянное погружение на более глубокие уровни сознания, интимные контакты с бессознательным, как своим, так и пациента и, поэтому *проявления контртрансфера* дополняются, к уже описанным нами ранее феноменам явлениями вызывающими "состояние тревоги, направленное на объект и искажение чувства собственной идентичности" [70]:

- возникновение кратковременных ощущений провала, пустоты, эмоционально-волевого блокирования;

- крайне неприятные ощущения размытости границ собственного "Я", потери его вызывающие тревогу и страх;

- мистическое ощущение погружения в бездну, растворяющую и уравнивающую все психические феномены, вызывающее размытые и простые образы, фантазии, символы и ассоциации, несущее универсальную семантическую нагрузку;

- идентификация с психическими переживаниями пациентов с ощущением подмены собственного "Я" или единого психического пространства;

- возникновение по типу инсайта случайных образов, символов, ассоциаций с обсессивным ощущением их значимости и необходимости.

9.3.3. Контртрансферентные отношения.

С позиций клинической классификации реакции контрпереноса, как и переноса, могут быть оценены как негативные и позитивные, могут рассматриваться с позиций объектных отношений (отцовский, материнский, сиблинговый), с точки зрения фаз либидинозного развития, с точки зрения структуры личности [34]. Помимо этого, на наш взгляд, в контртрансфере терапевта, с определённым практическим опытом, в первую очередь, следует искать признаки, отражающие характеристики личности прошлых больных, особенности клинической картины, стереотипы развёртываний коммуникаций, запечатлённые в памяти как особо негативные. Это ситуации явных промахов и неудач, горький опыт, общения с "трудными больными" [26,103], незаслуженные обиды, терапевтическая резистентность, подрывающая веру в свои силы, нагруженная чувством вины. Невыносимые родственники пациентов, жестокие попытки манипуляции терапевтом со стороны пациента или его окружения, ситуации, требующие максимальной собранности, устойчивости, соблюдения морально-этических ценностей (угрозы, провокации, шантаж и соблазнения со стороны пациента). Большинство практических специалистов имеют в своём архиве драматические и перечень типов ситуаций и особенностей больных, с которыми он бы предпочли "не иметь никаких дел, не при каких обстоятельствах". Данный вид негативного контртрансфера, при всё многообразии его проявлений и обуславливающих факторов, связан с профессиональной деятельностью терапевта, негативным опытом, который не был подвергнут анализу или супервизии.

Однако и позитивный контртрансфер может деформировать диагностический процесс. Например, пациент с первых минут общения вызывает расположение и симпатию: обаятельный, с чувством юмора, и цитирует постоянно Ильфа и Петрова, как лучший друг юности, и перенёс ту же соматическую операцию, что и твой близкий родственник... И по-

этому, так неприятно выставлять ему диагноз эндогенной депрессии - кривая дифференцирования странным образом приводит к расстройству невротического уровня. Последствия очевидны.

Во всех перечисленных случаях реакций контрпереноса носят первичный характер, являясь переносом врача на пациента. Учитывая это обстоятельство, кратковременность протекания и быстроту развития контртрансферентных реакций их идентификация представляет определённые сложности, в отличие от трансференто-контртрансферентных отношений в ходе аналитической терапии - аналитический сеттинг, время между сеансами для обдумывания и сама техническая нацеленность на выявление указанных феноменов позволяют их определять и использовать в процессе. В то же время, выявление, анализ и овладение контрпереносом на стадии диагностики не представляют, на наш взгляд, значительных трудностей при нацеленности и определённом опыте. Это скорее технический элемент технологического процесса. В отличие от искусства постижения указанного феномена в ходе психоанализа, требующего более глубокого проникновения в собственное "Я" и психику пациента, не имеющего чётких алгоритмов и, всякий раз, содержащего уникальные и неповторимые наполнения переживания.

Использование феноменологически-психоаналитически-психолингвистического подхода и интроспекции позволило объективизировать механизмы когнитивной активности психиатра в процессе диагностики и психоаналитической психотерапии. Описаны и проанализированы проявления контртрансферентных реакций терапевта на разных этапах работы с больными. Полученные результаты способствуют усовершенствованию и объективизации диагностического и терапевтического процессов, создают перспективы для но-

вого видения и понимания, как прикладных клинических задач, так и для теоретических изысканий.

Перспективным и интересным нам представляется изучение указанных проблем с углублённым исследованием особенностей когнитивной деятельности терапевта в ходе аналитических сеансов, в том числе, с позиций трансферентно-контртрансферентных отношений.

ГЛАВА X

ПСИХОДИАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ

Pallet: aut amat, aut studet.

Бледен: или влюблен, или учится.

Психодиагностика предполагает использование *психологических тестов* – стандартизированных психодиагностических методов, предназначенных для изучения и анализа разнообразных свойств личности в её переживаниях и поведении. Использование тестов в значительной мере дополняет традиционную клиническую диагностику, способствует повышению её объективизации и стандартизации.

Приводим краткую характеристику наиболее распространённых психологических тестов, опросников, шкал и методик, применяемых в психосоматике.[64]

- Торонтская алекситимическая шкала и «Глоссарий для выявления и оценки выраженности алекситимии» Ганзина И.В. приводились и описывались нами ранее.

- Опросник Бека предназначен для диагностики наиболее выраженных когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах. Он содержит 13 групп из 4 утверждений, в которых ступенчато нарастают депрессивные нарушения.

- Гиссенский опросник соматических жалоб. Выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб, отражающих соматизированную депрессию. Содержит 5 шкал: истошение, желудочные жалобы, сердечные жалобы, ревматический фактор, общий балл.

- Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН). Состоит из 30 полярных утверждений по 10 на характеристики самочувствия, активности и настроения.

- Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Хайна. Опросник состоит из 2 компонентов по 20 вопросов с градацией выраженности личностной и реактивной тревожности.

- Личностный опросник Айзенка. Позволяет выявлять особенности характера «экстраверсия», «интроверсия» и «нейротизм».

- Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни. Содержит 10 утверждений с градацией вариантов ответов.

- Методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированное для психосоматических больных. Опросник содержит 64 незаконченных предложения со специфическим началом, детерминирующим определённые реакции. Инструкция предполагает завершение предложения первой ассоциаций.

- Методика определения психологической характеристики темперамента. Опросник содержит 48 ответов, позволяет определить: экстраверсию-интроверсию, ригидность-пластичность, эмоциональную возбудимость – уравновешенность, быстрый-медленный темп реакции, высокую-низкую активность, шкалу искренности.

- Опросник Шмишека. Содержит 97 вопросов, позволяющих определять тип акцентуаций (гипертимность, эмоциональность, тревожность, демонстративность, дистимич-

ность, застревание, педантичность, циклотимность, возбудимость, экзальтированность, шкалу лжи).

- Тест Кейерси. Содержит 70 утверждений с полярными вариантами ответов. Позволяет определять различные варианты психологических типов, отражающих особенности характера, коммуникативные особенности, способности, склонности к определённым видам деятельности.

- Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера. Содержит 44 утверждения, позволяющих определять интернальный или экстернальный тип локуса контроля в различных аспектах жизнедеятельности личности.

- Опросник Келлермана-Плутчика. Содержит 92 утверждения, позволяющих выявлять характерные для испытуемого механизмы психологической защиты (реактивные образования, отрицание реальности, замещение, регрессия, компенсация, проекция, вытеснение, рационализация).

- Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки. Содержит 75 утверждений с различными вариантами ответа, позволяющих определять различные варианты агрессивного поведения и степень их выраженности.

- Методика измерения уровня тревожности Тейлора. Содержит 60 утверждений, позволяющих определять уровень тревоги. Имеет шкалу лжи.

- Тест Томаса – типы поведения в конфликте. Содержит тридцать вопросов с двумя полярными вариантами ответа. Позволяет выделять 5 основных способов регулирования конфликтов в соответствии с двумя основополагающими измерениями (кооперация и напористость): соревнова-

ние, приспособление, компромисс, избегание, сотрудничество.

- Опросник Гарбузова для выявления доминирующего инстинкта. Содержит 35 утверждений, позволяющих выявлять 7 вариантов доминирующих инстинктов и типовую принадлежность: эгофильный, генофильный, альтруистический, исследовательский, доминантный, либертофильный, дигнигофильный.

- Тест Кеттела. Опросник содержит вопросы позволяющие выявлять 17 основных полярных характеристик личности.

- Клинический опросник для выявления оценки невротических состояний. Содержит 68 вопросов, позволяющих определять уровень выраженности невротической симптоматики по 6 шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений.

- Шкала депрессии Цунга. Содержит 20 вопросов с усиливающей градацией ответов для диагностики и дифференциальной диагностики депрессии.

- Опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРІ). Содержит 71 вопрос, 11 шкал, 8 из которых оценивает свойство личности: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, психастения, шизоидность, гипомания. Шкалы лжи, достоверности и коррекции, носят технический вспомогательный характер.

- Опросник Реана – мотивация успеха и боязнь неудачи. Содержит 20 вопросов с полярными ответами.

- Методика «Цель-Средство-Результат» (ЦСР). Содержит 32 вопроса, позволяющих исследовать особенности структуры деятельности.

- Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея. Содержит перечень из 43 травматичных событий, каждый из которых характеризуется определённым баллом в зависимости от его вредности, опасности и вероятности развития какого-либо заболевания. Учитываются все травматические за два последних года, где максимальный балл – 100 (смерть супруга), минимальный – 11 (незначительный проступки).

Инструкция к тесту

Кратко: постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число «заработанных» вами очков.

Подробно: внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочтите каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. Далее попробуйте вывести из тех событий и ситуаций, которые за последние два года происходили в вашей жизни, среднее арифметическое (посчитайте – среднее количество баллов в 1 год). Если какая-либо ситуация возникла у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.

Тестовый материал

<i>№</i>	<i>Жизненные события</i>	<i>Баллы</i>
1.	<i>Смерть супруга (супруги).</i>	<i>100</i>
2.	<i>Развод.</i>	<i>73</i>
3.	<i>Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.</i>	<i>65</i>
4.	<i>Тюремное заключение.</i>	<i>63</i>
5.	<i>Смерть близкого члена семьи»</i>	<i>63</i>
6.	<i>Травма или болезнь.</i>	<i>53</i>
7.	<i>Женитьба, свадьба.</i>	<i>50</i>
8.	<i>Увольнение с работы.</i>	<i>47</i>
9.	<i>Примирение супругов.</i>	<i>45</i>
10.	<i>Уход на пенсию.</i>	<i>45</i>
11.	<i>Изменение в состоянии здоровья членов семьи.</i>	<i>44</i>
12.	<i>Беременность партнерши.</i>	<i>40</i>
13.	<i>Сексуальные проблемы.</i>	<i>39</i>
14.	<i>Появление нового члена семьи, рождение ребенка.</i>	<i>39</i>
15.	<i>Реорганизация на работе.</i>	<i>39</i>
16.	<i>Изменение финансового положения.</i>	<i>38</i>
17.	<i>Смерть близкого друга.</i>	<i>37</i>
18.	<i>Изменение профессиональной ориентации, смена места работы.</i>	<i>36</i>

19. *Усиление конфликтности отношений с супругом.* 35
20. *Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома).* 31
21. *Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.* 30
22. *Изменение должности, повышение служебной ответственности.* 29
23. *Сын или дочь покидают дом.* 29
24. *Проблемы с родственниками мужа (жены).* 29
25. *Выдающееся личное достижение, успех.* 28
26. *Супруг бросает работу (или приступает к работе).* 26
27. *Начало или окончание обучения в учебном заведении.* 26
28. *Изменение условий жизни.* 25
29. *Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения.* 24
30. *Проблемы с начальством, конфликты.* 23
31. *Изменение условий или часов работы.* 20
32. *Перемена места жительства.* 20
33. *Смена места обучения.* 20
34. *Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.* 19
36. *Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.* 19
36. *Изменение социальной активности.* 18

37. *Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора).* 17
38. *Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.* 16
39. *Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.* 15
40. *Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.).* 15
41. *Отпуск.* 13
42. *Рождество, встреча Нового года, день рождения.* 12
43. *Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).* 11

Интерпретация результатов теста

150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Итоговая сумма определяет одновременно степень вашей сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов – это сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Следовательно, вам необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Подсчитанная сумма имеет еще одно важное значение – она выражает (в цифрах) вашу степень стрессовой нагрузки.

Степень сопротивляемости стрессу

150-199 баллов – высокая;

200-299 баллов – пороговая;

300 и более баллов – низкая (ранимость).

Если, к примеру, сумма баллов – свыше 300, это означает реальную опасность, т.е. вам грозит психосоматическое заболевание, поскольку вы близки к фазе нервного истощения.

- Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана. Позволяет определять выраженность неудовлетворённости социальными ситуациями в основных аспектах жизнедеятельности (20 позиций).

Проективные тестовые методики:

- Тест Роршаха. Содержит 10 стандартных таблиц с чёрно-белыми слабо структурированными изображениями. Используется редко в силу отсутствия строго однозначного психологического значения, сложности интерпретаций характеристик личностей.
- Тест Сонди состоит из 48 стандартных карточек с портретами психически больных людей с различными диагнозами. Выбор двух наиболее и наименее понравившихся интерпретируется аналитически с позиций позитивно и негативно окрашенных, удовлетворенных и неудовлетворенных.
- Тематической аперцепцией тест (ТАТ). Содержит стандартный набор из 31 таблицы, содержащих чёрно-белые картины, в которых рисунки обладают стимулирующим провоцирующим характером, способствующим выявлению основных стремлений, потребностей, конфликтов в коммуникации, способом их разрешения, что осуществляется посредством анализа рассказов испытуемого к картине.

- Рисуночные проективные тесты: «Образ себя», и «Телесное состояние». Позволяют создать психофизический портрет индивидуальности испытуемого на основе впечатлений о собственном теле. Одновременно могут использоваться и как психокоррекционные методики.

ГЛАВА XI

ПСИХОСОМАТИКА В КЛИНИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К СОСТАВЛЕНИЮ ТЕ- РАПЕВТИЧЕСКИ-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ.

Si gravis, brevis, si longus, levis.

Если боль тяжела, то непродолжительна,

если продолжительна, то легка

Эпикур.

Традиционно, частная психосоматика подробно рассматривает этиопатогенез, клинику, диагностику и терапию тех видов соматической патологии, которые либо являются классическими психосоматическими, что закрепилось исторически и признаётся всеми специалистами (бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, ожирение, тиреотоксикоз, нейродермит, ревматоидный артрит, мигрень), либо являются функциональными расстройствами (читай – соматоформными вегетативными дисфункциями той или иной системы) и традиционно диагностируются и лечатся соответствующими узкими специалистами (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженного кишечника, невроз желудка, невротическая дисфагия, кожный зуд, головная боль напряжения).

Рассматривая ту или иную соматическую патологию, психосоматологи традиционно выделяют predispositional психологические личностные характеристики, стараются выявить специфичность

стрессорного характера, устанавливают психосоматические соотношения. Несмотря на большое количество существующих исследований, статистически достоверных корреляций между указанными факторами и отдельными видами нозологий не выявлено (то есть они не являются диагностическими критериями). В то же время, длительное течение любого хронического соматического заболевания откладывает специфический отпечаток на личностные характеристики пациента, особенности его копинг-стратегий, защитных механизмов, объектные отношения. Это обусловлено двумя факторами: биологическим (хроническая гипоксия мозга, влияние соматических заболеваний, патологической иррадиации, болевых синдромов, нарушением нейроморальной регуляции) и социально-психологическими (влияние болезни как длительного хронического истощающего стрессорного фактора, ведущего к дезадаптации). Следует также учитывать модифицирующие влияния того или иного психического или соматического заболевания на психологию личности, особенности звучания болезни и симптоматики в зависимости от личностной акцентуации. Так, например, легко представить, что реакция на болевой синдром у аутичного шизоида и экзальтированной истероидной личности будет существенно отличаться.[1,3,18,21,64]

Для адекватного осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий специалисты, участвующие в нём (психотерапевты, психологи, социальные работники) должны, хотя бы в общих чертах, представлять себе особенности конкретного расстройства. Для этого необходимо ориентироваться в следующей *информации о болезни*:

- диагноз заболевания;
- острота возникновения расстройства (острое, подострое, хроническое);
- степень тяжести (легкая, умеренная, тяжелая);

- характер течения заболевания:
 - прогрессивное – неуклонное нарастание тяжести симптоматики,
 - приступообразное - течение с периодами обострения симптоматики и периодами практически полного отсутствия – ремиссиями,
 - регрессивное – убывание выраженности симптоматики (спонтанное или на фоне течения),
 - стационарное (непрерывное) – сохранение выраженности симптоматики на одном уровне в течении длительного времени.
- этап клинического течения заболевания, степень сохранности тех или иных психических или физических функций организма;
 - особенности прогноза заболевания для жизни (возможность развития острых неотложных и опасных для жизни состояний) и для здоровья больного (возможность развития инвалидизации, вероятность выздоровления или развития существенного клинического улучшения);
 - влияние заболевания на стойкость и выраженность нарушений жизнедеятельности больного. В случае выраженных стойких ограничений жизнедеятельности больному устанавливается группа инвалидности. *Жизнедеятельность* оценивается как способность полноценного и полного осуществления следующих функций:
 - трудоспособности,
 - способность к обучению,
 - способность к общению,
 - способность к самостоятельному перемещению,
 - способность к самообслуживанию и уходу за собой,

- способность к ориентации в пространстве и времени,
- способность к самоконтролю, планированию и прогнозированию собственной деятельности.

- особенности применяемой терапии, влияние её на состояние пациента, возможность обычной повседневной деятельности. Так, например, больной сахарным диабетом первого типа нуждается в инъекциях инсулина два-три раза в сутки, что существенно модифицирует его образ жизни; а больной депрессией применяет антидепрессанты и анксиолитики, вызывающие заторможенность и замедление психических реакций, что существенно ограничивает виды возможной деятельности.

- Влияние заболевания на *качество жизни* больного. Качество жизни предполагает комфортное физическое и психологическое состояние, свободную адаптацию, возможность полной самореализации и удовлетворения своих физических и духовных потребностей.

- Влияние заболевания на отношения больного к собственной болезни, изменение отношений с окружением, склонность к сотрудничеству с персоналом, стремление организовывать и поддерживать терапевтический союз, соблюдать предписанные врачом рекомендации – способность больного к комплайенсу.

При составлении комплексных индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ необходимо учитывать всю *информацию о пациенте*. В первую очередь, необходимо чётко определиться со следующими позициями:

1. Диагноз психического (психосоматического) заболевания.

2. Диагнозы сопутствующих соматических заболеваний.

При описании двух первых пунктов необходимо учитывать всю вышеизложенную информацию, детально характеризующую болезненное расстройство со всех сторон.

3. Особенности личностных характеристик больного (акцентуация, личностное расстройство). Учитываются ведущие механизмы психологических защит, копинг-стратегии, особенности объектных отношений, тип отношения к болезни; влияние болезненных расстройств на все вышеуказанные параметры.

4. Выраженность стрессовых факторов у больного в течение предшествующего года (методика Рея и Холмса). Характеристика, выраженность, интенсивность, продолжительность стрессов, их субъективная значимость.

5. Характер и степень нарушения больного адаптации, снижение качества жизни, особенности нарушений привычного функционирования.

Комплексная реабилитационная программа разрабатывается врачом-психиатром, предполагает этапность (стационар-полустационар – амбулаторный этап) и параллельность работы узких специалистов (клинические психологи, психотерапевты, реабилитологи, социальные работники), с четкой постановкой задач каждому, с взаимосвязью и синергизмом проводимых мероприятий. Программа предполагает выполнение следующих пунктов:

1. Тщательное и всестороннее расследование пациента с назначением консультаций узких специалистов и дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследований.

2. Назначение продуманной и комплексной фармакотерапии с учётом всех видов патологических расстройств, её гибкость, динамичность, индивидуализированность.

3. Назначение программы методов психотерапевтических интервенций с подбором методик соответствующих как виду патологического расстройства, так и особенностям личности больного.

4. Включение в лечебную программу других (помимо психотерапии) немедикаментозных методов лечения (физиотерапия, использование природных факторов, лечебная гимнастика, йога).

5. Подбор методик для психологически коррекционной работы с учётом психологических особенностей пациента, личностных проблем, особенностей взаимодействия с другими людьми, в том числе, с лечащим персоналом, типа взаимодействия с болезнью.

6. Осуществление социально-психологической и реабилитационной работы, что предполагает общение и терапевтическую работу с ближайшим окружением больного, разрешение производственных проблем, трудоустройство, решение других социальных вопросов.

Психотерапевтический подход является ведущим, наиболее значимым в лечении и реабилитации психосоматических расстройств, поскольку психологические факторы являются ведущими в этиопатогенезе. [14,43,64,68,69,78,79,80,81,82,108] Наиболее широко в современной психосоматической клинике применяются следующие виды психотерапевтических интервенций:

- когнитивно-поведенческая терапия,
- психоаналитически (психодинамически) ориентированные методы,

- клиент-центрированная (экзистенциальная) психотерапия,
- позитивная терапия,
- телесно-ориентированные подходы,
- методы арт-терапии,
- классические методы психотерапии, рассматриваемые в традиционной медицинской модели (рациональная, суггестивная, эмоционально-стрессовая, материально-опосредованная)

Учитывая, что последним в традиционной психологически ориентированной психосоматической литературе практически не уделяется внимания, - в последующей главе представляем их краткое рассмотрение.

ГЛАВА XII

КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ.

Medica mente, non medicamento.

Лечи умом (душой), а не лекарством.

12.1. Методы психотерапии.

Указанные методы имеют длительную историю и традиционно применяются в психиатрической клинике в течении последнего столетия. В связи с этим накоплен большой позитивный опыт применения классических психотерапевтических методик в лечении пограничных психических расстройств, в том числе психосоматической патологии. Представляемые методики практически универсальны и могут использоваться при любых видах расстройств. Их неосознанно включают в свои коммуникативные стратегии в общении с пациентами врачи всех специальностей, поскольку контакт с больным предполагает успокоение, приободрение и внушение ему надежды на позитивные результаты терапии (суггестивная терапия); дачу информации о сущности болезни и особенностях, применяемых терапевтически-реабилитационных методов (рациональная психотерапия); использование факторов окружающей лечебной среды (мильйо-терапия как вариант опосредованной терапии).

Представляем краткие характеристики классических психотерапевтических методов.[68]

Суггестивные методы

Суггестивная психотерапия использует информационное воздействие на психическую сферу пациента в виде внушения. Внушение (лат. *suggestio*) – восприятие субъектом поступающей извне информации, в полном объёме, некритически, без субъективно-личностной переработки. В качестве средств суггестивного воздействия используется как вербальные формулы, так и невербальные средства внушения (тактильное воздействие, воздействие с помощью невербальных средств).

Внушение подразделяют на: гетеро- и ауто-суггестию (самовнушение); прямое (открытое) косвенное (закрытое); контактное и дистантное.

Методики суггестивной терапии:

- суггестия (внушение наяву),
- гипно-суггестивная психотерапия,
- ауто-суггестия,
- эмоционально-стрессовая терапия (императивная суггестия),
- материально-опосредованная суггестия (косвенное внушение, плацебо-терапия),
- наркосуггестия (внушение на фоне воздействия медикаментозных средств).

Методики суггестивной терапии осуществляют как в индивидуальном, так и в групповом вариантах.

Суггестия.

Внушение (суггестия) – информационное влияние, вызывающее ощущение, представления, эмоциональное состояние и волевые по-

буждения, оказывающее влияние на вегетативные функции вне активного участия пациента без критико-логической переработки.

Внушаемость – свойство психики, позволяющее воспринимать информацию без критической её оценки. В то же время существуют антисуггестивные барьеры, защищающие личность от различного вида информационных воздействий. Г.К. Лозанов (1970) [] выделяет три антисуггестивных барьера:

- 1.Критико-логический.
- 2.Интуитивно-аффективный.
- 3.Этический.

В гипнологии существует ряд специальных тестов и приёмов для исследования внушаемости.

Основным средством внушения является речь, невербальные компоненты усиливают воздействие. Перед проведением беседы, в которой осуществляется собственно внушение, проводится предварительная встреча, на которой уточняются особенности клинического случая личности пациента, врачом намечаются цели и задачи, реализуемые в ходе внушения.

Характеристики внушения:

- разноплановость – воздействие на восстановление нарушенных функций, устранение конкретных симптомов, коррекция различных психологических функций;
- конкретность;
- чёткая программа сеансов с подбором формул внушения;
- индивидуализированный характер.

Эффект суггестии коррелирует с авторитетом проводящего её специалиста. Элементы суггестии свойственны любому психотерапевтическому контакту. Показания: все виды патологии.

Гипносуггестивная психотерапия.

Предполагает использование гипнотического состояния в лечебных целях.

Гипнабельность – свойство центральной нервной системы, позволяющее достигать измененного состояния сознания в ответ на направленное психологическое воздействие.

Гипноз – особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования и сопровождающееся повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам, при понижении чувствительности иных факторов окружающей среды. В основе психологического воздействия лежит внушение. Нейрофизиологическим обоснованием гипноза является процесс торможения в коре больших полушарий головного мозга. Лечебные эффекты гипнотического состояния включают в себя: отдых, эмоциональную абреакцию, воздействие на симптомы, доступ к ресурсам.

Показаниями к гипносуггестивной психотерапии служат психосоматические расстройства, неврозы, депрессивные состояния.

В последние два десятилетия особую популярность приобретают недирективные формы погружения в гипнотическое состояние, в первую очередь, эриксоновский гипноз.

Осуществление гипносуггестии, с правовых позиций, возможно исключительно в условиях специализированных лечебных

учреждений, врачами, прошедшими специальную подготовку с информированного согласия пациента.

Самовнушение.

Самовнушение – психотехника, посредством внушения каких-либо мыслей, желаний, образов, ощущений, эмоциональных состояний, соматических реакций самому себе. Использует вербальные формулы суггестии и вспомогательные невербальные приёмы. Самовнушение лежит в основе большинства методов психологической саморегуляции: различных вариантов аутогенной тренировки, релаксации, методов биологически обратной связи.

Аутогенная тренировка – активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия в системе гомеостатических саморегулирующихся механизмов организма человека, нарушенных в результате стрессового воздействия.

Впервые методика самовнушения описана Эмилем Куэ в 1928 году. Из существующих десятков вариантов аутогенной тренировки, наиболее популярными являются следующие:

- методика Шульца (1932) – первая, базисная методика саморегуляции;
- модификация Клейнзорге и Кломбиеса (1965);
- прогрессирующая мышечная релаксация Джейкобсона (1962) – базисная методика в различных вариантах когнитивно-поведенческой терапии;
- эмоционально-волевая тренировка Филатова (1973).

Основные элементы всех методик:

- тренировка мышечной релаксации,
- самовнушение,
- самовоспитание.

Одним из наиболее эффективных разработок последнего времени является метод психологической саморегуляции «Ключ», разработанный Хасаем Алиевым [5,6,17].

Эмоционально-стрессовая психотерапия (императивная суггестия).

Предполагает активное лечебное вмешательство: создание стресса (высокого эмоционального напряжения) с целью усиления суггестии для переоценки и преодоления болезненных отношений и установок.

Применяется в клинике зависимостей и аддикций, при нарушениях пищевого поведения.

Материально-опосредованная психотерапия (плацебо-терапия).

Плацебо (лат. plaseo - нравится, угодно, кажется, представляется). Суть метода – косвенное внушение, при котором суггестия реализуется, когда терапевтические возможности приписываются реальному, но не обладающему таковыми свойствами предмету и явлению (фармакологически инертное вещество, имитирующее лекарственное средство). Применяется как в лечебных, так и в диагностических целях.

Рациональная психотерапия.

В основе метода лежит использование логической способности пациента проводить сопоставления, делать выводы, доказы-

вать их обоснованность (лат. rationalis – умозрительный, теоретический, разумный)

Метод разработан Дюбуа (1912 г.) и является продолжением давних традиций «психической терапии» - системы логико-критических, рассудочных воздействий на больного, информационного влияния. Вариант терапии – рационально-эмоциональная терапия Дежерина и Гокнера (1912).

В основе воздействия лежит убеждаемость – способность изменять суждение, представление и строить умозаключения под влиянием убеждения, которое является апелляцией к объективной информации и формально-логическому порядку рассуждений. Убеждение основано на смыслово-логической переработке информации в ряду «понятие-суждение-умозаключение», таким образом, воспринимаемая извне информация интерпретируется критично посредством субъективной, когнитивной и эмоциональной переработки. Убеждение противоположно суггестии.

Основные формы рациональной психотерапии:

- 1.Объяснение и разъяснение.
- 2.Убеждение.
- 3.Переориентация.
- 4.Психогогика (психологическое воздействие в воспитательных целях).[68]

Рациональная терапия, на наш взгляд, является начальным компонентом любой коммуникации в системе «врач-больной», осуществлении различных терапевтических интервенций.

12.2. Метод психофизиологической саморегуляции «Ключ».

Метод "Ключ" основан на уникальном изобретении мирового уровня - *идео-рефлекторных приемах*, снимающих стресс автоматически и вызывающих согласование психических и физиологических процессов.

Ключевые приемы помогают лечению психосоматических болезней, снятию страхов и внутренних зажимов, повышению уверенности в себе в любых ситуациях, например, перед экзаменами, переговорами, соревнованиями, публичными выступлениями, боевыми действиями.

Метод «Ключ» также полезен для будущих мам при вынашивании и рождении ребенка.

По скорости действия и эффективности альтернативы в мире нет. Поэтому метод широко применялся для выведения из острого стресса детей и взрослых после терактов и чрезвычайных ситуаций, где традиционные психологические методы недоступны.

Метод «Ключ» избавляет от хронической усталости, позволяет легче и быстрее учиться, получать медитацию, в разы повышает эффективность любых упражнений, например, физкультуры, йоги, цигун.

Метод «Ключ» основан на природной саморегуляции человека и отличается от всех существующих методов самосовершенствования тем, что включает этот механизм без длительных тренировок и специальных условий. Кроме того, Метод "Ключ" позволяет использовать механизм саморегуляции организма в желаемом направлении, например, для решения интеллектуальных задач, освобождения от за-

висимостей, выработки навыков, раскрытия творческих способностей или развития желаемых качеств.

Человек, владеющий Методом «Ключ», легче и быстрее излечивается от бронхиальной астмы, остеохондрозов, вегетативно-сосудистой дистонии, панических страхов, нарушений сна, гипертонических и гипотонических состояний, стенокардии.

Синхрометод включает:

Новую модель работы мозга. Это о том, как устроена работа мозга, открытые новые закономерности - научные основы Метода "Ключ".

Метод "Ключ" - для самостоятельного управления психофизиологическим состоянием организма.

Синхрогимнастика по методу "Ключ" - новое слово в "физкультуре"- 5 минут с эффектом 40 минутной аэробики - для поддержания здоровья и высокой работоспособности в условиях напряженной деятельности.

Метод "Ключ" позволяет:

Быстро проверить себя на зажатость - "боеготовность". Ключевой Стресс-Тест, индикатор напряжения. Освободиться от нервно-мышечных зажимов и повысить степень успешности. Освободиться от стереотипов мышления и подсознательных барьеров. Открыть для себя новые способности, новую жизнь (Личный пример автора - проза, стихи, живопись). Снизить утомляемость при больших умственных и физических нагрузках. Быстро расслабиться и восстановиться в сложных условиях. Лучше и быстрее выспаться.

Раньше метод использовался в основном для военных целей и анонимного обучения Вип-персон. С 1983 года метод применялся: для обучения членов «Клуба директоров промышленных предприятий СССР»; для снижения утомляемости у операторов микросборки оборонных предприятий МЭП СССР, обучения программистов; для обучения диспетчеров энергопредприятий РАО "ЕЭС России"; для Анти-стрессовой подготовки военного персонала перед входом в атомоход «Курск»; для экстренной реабилитации детей и взрослых после терактов в Кизляре, Каспийске, Ессентуках, Беслане, Москве; для подготовки спецназа и психологов МВД РФ и МО РФ, направляемых в зоны боевых действий; для обучения испытателей Международной космической программы "Марс-500". Для восстановления психоэмоционального состояния «погорельцев» Нижегородской области. Метод создан в 1981 году доктором Хасаем Алиевым в Центре подготовки космонавтов им. Ю.А. Гагарина для адаптации к невестомости, преодоления стресса и перегрузки.

Метод утвержден Минздравом СССР в 1987 году.

Метод рекомендован для снижения стресса и утомляемости у работающего человека, оптимизации процессов обучения и тренировки, а также для повышения эффективности лечения невротических нарушений и психосоматических заболеваний.

Метод получил мировое признание как способ быстрого снятия острого стресса и повышения эффективности обучения и тренировки (Медаль II Международного Симпозиума по проблемам обучения, информатике и кибернетике, Баден Баден, ФРГ, 1989г.).

Автор синхрометода, Генеральный директор московского Центра защиты от стресса - Хасай Магомедович АЛИЕВ, к.мед.н., ведущий научный сотрудник ГНИИИ военной медицины МО РФ, профес-

сор кафедры здоровья сбережения НИРО, Заслуженный врач Республики Дагестан, член Совета по психологическому обеспечению МВД РФ, член межведомственного Совета по координации деятельности психологических служб г. Москвы.

Метод «Ключ» состоит из трех основных частей.

1.Ключевой стресс-тест

Используется для определения выраженности уровня стресса, как способ снятия стресса и для достижения управляемого состояния – в нулевой точке.

2.Короткие ключевые приемы для подбора индивидуального ключа и использования нулевого состояния в желаемом направлении.

Ключевые приемы объединены комплексом «*Звезда саморегуляции*», состоящим из шести базовых ключевых приемов.

3.Регулярная пятиминутная синхрोगимнастика, состоящая из пяти простых упражнений для поддержания оптимальной творческой и физической работоспособности, в том числе, в экстремальных условиях.

Нулевое состояние является особым состоянием сознания, в котором осуществляется разгрузка и очищение организма от вредных последствий стресса, перезагрузка нервной системы, глубокий отдых с активным самооздоровлением организма и возможностью самопрограммирования для решения широкого круга задач: боевая мобилизация, творческая активация, медитация, исцеление.

В методике «Ключ» используются *идеомоторные движения* – перемещения и колебания отдельных частей и тела в целом, вызывае-

мые не мышечной произвольной активностью, а движениями на уровне воображения, фантазии, вызываемые силой мысли, духа, усилием воли.

1. Ключевой стресс-тест.

Основан на использовании *идеомоторных рефлексов*. Успешность его выполнения обратно пропорциональна выраженности стресса у данного индивида.

Вытяните перед собой на уровне плеч расслабленные руки. Закройте глаза, пожелайте, чтобы кисти рук начали расходиться в стороны или притягиваться друг к другу как магниты. Представьте себе эти движения. Спокойно подождите 5-10 секунд. В это время должны сработать идеомоторные рефлексы, что вызовет автоматическое схождение или расхождение рук по вашему желанию. Если это происходит, значит вы имеете низкий уровень стресса и высокую predisposedность организма к успешному освоению метода «Ключ». Если результат отрицательный – это показатель выраженного стресса и, следовательно, высокая мотивация к его устранению. Переходите к комплексу «*Звезда саморегуляции*» и подбору персонального ключа.

На всех этапах метода вы можете ориентироваться на обычные условия и любую обстановку. Успешность освоения не зависит от уровня окружающего шума, вам не нужно специально расслабляться, выгонять все мысли из головы, добиваться какого-то особого состояния. Прислушивайтесь к своему организму, улавливайте мелкие вибрации, новые ощущения и постепенно выйдите на уровень автоколебаний тела.

2. Комплекс «Звезда саморегуляции».

Состоит из 6 базовых ключевых приемов:

- расхождение рук;
- схождение рук;
- парение рук, левитация;
- покачивание;
- полет;
- движение головой.

Ключевой прием 1 «Расхождение рук» и ключевой прием 2 «Схождение рук» представляют из себя поэтапную и детальную проработку ключевого стресс-теста. В методе существуют правила перехода от одного ключевого приема к другому, до тех пор, пока организм не откликнется наиболее успешным и быстрым реагированием. Это и есть вас «Ключ».

Ключевой прием 3 «Парение рук, левитация».

Необходимо представлять, что опущенные руки, становятся легче и поднимаются, «всплывают».

Ключевой прием 4 «Покачивание».

В положении стоя попробуйте покачиваться в разные стороны в приятном для себя ритме.

Ключевой прием 5 «Полет».

По мере выполнения ключевых приемов, организм раскрепощается, внутренние процессы гармонизируются и упражнения получаются быстрее и легче. Повторите первые три приема. При поднятии рук представляйте себе чувство полета, связывайте высоту поднятия рук со степенью расслабления организма.

Ключевой прием 6 «Движения головой».

В положении стоя, с закрытыми глазами, осуществляются медленные, низкоамплитудные, ритмичные движения, вращения головой до нахождения точки релаксации, в которой наступает чувство расслабления гармонии.

На основе принципа ключа можно создавать большое количество дополнительных индивидуальных приемов.

3. Синхрोगимнастика.

Синхрोगимнастика по методу «КЛЮЧ»

Синхрोगимнастика отличается от обычной физкультуры тем, что проводится на основе и синхронизации движений с текущим состоянием человека. Поэтому она дает за несколько минут «взрывной» раскрепощающий эффект с резким повышением уверенности в себе.

Все пять упражнений синхрोगимнастики являются положительным условием для умственной работы над решением любых волнующих проблем. Вы делаете упражнение на автомате, а сами думаете о проблеме. При этом организм самонастраивает частоту движений под решение этой проблемы. Таким образом, с помощью синхрोगимнастики Вы превращаете себя в инструмент для решения проблемы.

Синхрोगимнастика состоит из пяти упражнений

1. Хлест руками по спине.

2. Лыжник.

3. Крутится.

4. Вис.

5. Легкий танец.

Каждое из этих упражнений наряду с физической пользой имеет и свое психологическое назначение.

Хлест – для раскрепощения и мобилизации, для подъема сил и уверенности в себе перед любой ответственной ситуацией, например, перед серьезной встречей, переговорами, экзаменами.

Лыжник – для принятия взвешенных решений.

Крутиться – для успокоения, расслабления, разгрузки.

Вис – прием для повышения уверенности в себе, раскрепощения мышц и развития гибкости позвоночника.

Легкий танец – прием для развития координации, повышения психологической устойчивости и развития гибкости поясничного отдела позвоночника.

Хлест руками по спине.

Хлест руками по спине выполняется от 30 секунд до 1 минуты. Руки надо бросать на плечи свободно. Руки – как плети. Надо не двигать ими, а именно, бросать. Необходимо далеко закинуть руки за плечи так, чтобы ладони свободно хлопали за плечами, издавая характерный звук шлепка. При этом голова свободно двигается на расслабленной шее по удобной для вас траектории с частотой, синхронной похлопываниям. При этом происходит интенсивное раскрепощение мышц шейно-грудной области, что обеспечивает улучшение кровотока мозга, в частности, венозного оттока.

Лыжник.

Исходное положение – простая стойка, тело расслаблено, ноги – как удобно, руки свободно висят вдоль туловища. Упражнение состоит из взмахов руками вверх-вниз, синхронным подъемом и опускани-

ем ног с носок на пятку. Форма движений при этом может быть самой различной и подбирается индивидуально: можно производить махи руками вверх и вниз с ровной спиной, а если удобно иначе, то и полу-согнувшись, или даже пригнувшись телом совсем низко к полу, как лыжник при спуске с горы.

Делаете махи руками вверх над собой и затем бросаете их вниз. Во время того, как руки резко возвращаются, пятки в этом же ритме синхронно с опусканием рук поднимаются и опускаются с небольшим стуком, слегка ударяясь об пол.

Крутится.

Итак, ноги стоят как удобно, руки расслаблены – крутимся влево-вправо в расслабленном состоянии одну минуту в том ритме, из которого выходить не хочется

Вис

Ноги – примерно на ширине плеч, делаем вис назад. Получается полунаклон типа полумостика. Но это только первая часть упражнения – вис назад, а всего их четыре – вис назад, вис вперед, расслабление и наклон.

Сначала лучше не пытаться прогибаться назад слишком сильно. Это вы будете делать месяца через два.

При этом полупрогибе брюшной пресс становится напряженным, вы словно «качаете» его упражнениями на фитнесе. А теперь вы можете сделать это более естественным для себя образом – просто прогнитесь назад и стойте так. Делаете это упражнение без насилия над собой. Теперь начинайте освобождать шею естественным для вас раскрепощающими движениями, вытягивая, потягивая ее вправо или влево, делайте как удобно.

Вторая часть – «вис вперед».

Делаем полунаклон, вешаем руки расслабленные, пусть стекает напряжение – как фаза отдыха, покоя после сделанной работы. Просто опускаем себя.

Теперь направьте внимание на область поясницы и отпускаете мышцы поясницы, освободите их, разблокируйте.

Найдите резонанс с дыханием, как вам удобно – в момент выдоха или вдоха, - отпускайте мышцы поясницы. Вы снимаете барьер. И только тогда, когда вы почувствуете, что мышцы поддались, отпустили, только тогда, когда блок снят, свободно проходите в наклоне вниз, стараясь коснуться руками пола. Это третий этап упражнения «наклон вниз». Не стремитесь с первого раза достичь именно пола, соблюдайте принцип постепенности.

Затем возвращаетесь в исходное положение – обычную стойку.

В общем комплексе вы делаете это упражнение примерно одну минуту.

Легкий танец.

Пятое упражнение базируется на том, что есть связь между координацией и устойчивостью психики.

Исходное положение – ноги вместе, руки вдоль туловища.

Раз – это шаг правой ногой вперед.

Два – взмах левой ногой вправо, носочек вытягиваем, одновременно поворачиваем корпус влево с махом руками влево.

Три – левая нога, руки туловище в исходном положении.

Четыре – шаг правой ногой назад, в исходное положение, то есть, откуда начали первое движение.

Затем другой ногой зеркально.

Раз – шаг левой ногой вперед.

Два – взмах правой ногой влево, носочек вытянуть, одновременно поворот корпуса вправо с махом руками вправо.

Три – правая нога, руки, туловище в исходном положении.

Четыре – шаг правой ногой назад, в исходное положение.

Повторить три-четыре раза.

В целом, когда перестаешь путать, что влево, что вправо, выполнение этого упражнения займет 1 минуту.

Представленные материалы по методу «Ключ» служат информативным целям, дают целостное представление о принципах и сущности методик, однако, не являются полным руководством по его освоению.

Несмотря на простоту, легкость, универсальность и безопасность метода эффективное и полное его освоение возможно только под руководством специалистов, прошедших специальное обучение и подготовку в сертифицированных центрах.

12.3. Психогигиена и психопрофилактика.

Указанные подходы традиционно входят в медицинскую модель психологических методов воздействия на больных и здоровых лиц с целью создания наиболее благоприятных условий жизнедеятельности и предотвращения развития различных заболеваний. Психопрофилактические мероприятия являются одним из основных ком-

понентов терапевтически-реабилитационного подхода. Они предполагают комплекс психологических рекомендаций и практических мероприятий, направленных на сохранение (первичная психопрофилактика) и достижение психического, физического и социального благополучия лиц с различными заболеваниями (вторичная психопрофилактика). Универсальность, простота, низкая затратность и высокая эффективность делают психопрофилактику одной из приоритетных направлений современной клинической медицины.

Представляем разработанный нами *комплекс психопрофилактических рекомендаций*, актуальных для клиники психосоматических и невротических расстройств.[7,17,49,104]

Практические рекомендации и полезные советы.

1. Неукоснительно соблюдайте все врачебные предписания.

Это касается регулярности приема медикаментов и других немедикаментозных методов лечения, режима дня, особенностей питания, дозирование видов активности, общения.

2. Формируйте и стабильно поддерживайте позитивное здоровое мышление.

Прагматический оптимизм, опора на успешный прошлый опыт, вера в себя, поддержка близких, руководство «высшими» ценностями (любовь, дружба, ответственность, порядочность, долг, самоусовершенствование, развитие, созидание, вера).

3. Избавляйтесь от автоматических негативных мыслей.

Многие проблемы – результат негативного мышления, которое базируется на полусознанных, мимолетных мыслях, искажающих реальность, дающих повод для заниженной самооценки, неуспешно-

сти, подавленности, тревоги. Негативные мысли не только портят настроение, но и дают негативные ощущения и физические симптомы, скрыто управляют поведением, ведут к физическим и психическим болезням.

Борьба с негативными мыслями: распознавание – конфронтация (внутренний диалог с опорой на реальность) – уничтожение – замена позитивом.

Виды негативных мыслей:

1) Абсолютные паттерны (всегда, никогда, все, никто, постоянно, без вариантов).

2) Сосредоточенность только на плохой информации.

3) Предвосхищение неудач и катастроф.

4) Убежденность, что другие люди думают о Вас плохо, критикуют, презирают.

5) Оценка реальности на базе своих отрицательных чувств.

6) Беспричинное чувство вины.

7) Стереотипное расклеивание ярлыков.

8) Эгоцентризм мышления (все имеет ко мне отношение, связано со мной)

9) Поиск виновного.

4. Развивайте навыки общения, общайтесь с позитивными людьми.

5. Поступайте с другими людьми так же, как хотели бы, чтобы относились к Вам.

6. Окружайте себя приятными ароматами.

Обоняние – древний и очень мощный орган чувств, помогающий программировать себя на хорошее настроение и успех.

7. Создайте коллекцию хороших воспоминаний

Обращение к счастливым моментам своей жизни – мощный антидепрессант и стимулятор.

8. Регулярно занимайтесь физическими упражнениями.

При физической активности стимулируется выработка нейропептидов и, как следствие, - улучшается настроение, активизируется интеллектуальная деятельность, повышается тонус организма.

9. Освойте простые дыхательные упражнения, научитесь правильно дышать при стрессе.

Дыхание с задержкой и медленным выдохом способствует повышению углекислого газа в крови, что снижает тревогу.

Диафрагмальное дыхание (животом) также обладает противострессовым эффектом, повышает выносливость.

10. Освойте простые методы психической саморегуляции и ежедневно занимайтесь ими.

11. Учитесь эффективно разрешению конфликтных ситуаций.

Не бойтесь конфликтов, так как неразрешенные проблемы – это источник негативной энергии. Стремитесь решать спорные ситуации корректно, прагматично, конструктивно.

12. Определитесь с глобальными вопросами: смысл жизни, главные и текущие цели, задачи.

13. Чаще доставляйте себе радости, мелкие удовольствия, положительные эмоции.

14. Оптимизируйте свою деятельность, режим, уровень нагрузки.

15. Помните о том, что не существует нерешаемых проблем.

16. Ищите людей с которыми можно посоветоваться по специальным вопросам (экспертов) и поделиться личным (друзей).

17. Выработывайте философское отношение к жизни.

Стремиться: к мужеству изменить, что могу, спокойствию – принять то, что не в силах изменить и к мудрости – отличить первое от второго.

18. Стремитесь постоянно узнавать что-то новое, улучшать свою память, развиваться духовно и физически.

19. Слушайте хорошую музыку, пойте, двигайтесь ритмично (танцуйте).

Музыка – мощный терапевтический фактор для многих болезненных состояний. Универсальный рецепт – классическая музыка (в особенности Моцарт).

20. Уделяйте внимание близким, делайте им приятные вещи, прикасайтесь к ним.

Количество прикосновений – индекс любви – повышает уровень эндорфинов (гормонов счастья).

21. Постарайтесь отказаться от курения, максимально ограничьте употребление алкоголя и кофеина.

22. Не занимайтесь самолечением!

23. Не употребляйте ненужные медикаменты по привычке или на всякий случай.

24. При любых проблемах со здоровьем обращайтесь за обследованием и лечением только к специалистам.

25. Употребляйте полезную пищу, пейте очищенную воду, не злоупотребляйте солью, специями.

ГЛАВА XIII

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОСОМАТИКЕ.

Veritas temporis filia.

Истина – дочь времени.

Авл Геллий.

В вышеприведенных главах нами представлен интегративный подход к рассмотрению психосоматических расстройств, основанный на методологии психобиосоциальной модели. Как нами уже указывалось, данная методология базируется на естественнонаучной биологической парадигме, которая является основой для любой медицинской науки. В то же время рассмотренная парадигма позволяет исследовать не только клинические проявления психосоматических расстройств, выраженные в речи и в поведении пациентов как центральном феномене, но и параллельно рассматривать указанные феномены с использованием методологии пограничных научных дисциплин: психологии, социологии, лингвистики. Результатом исследований психосоматической патологии в рамках интегрального подхода является получение комплекса информации о пациенте в единстве его биологических, медицинских, личностно-психологических, социально-психологических характеристик. Подобная информация является чрезвычайно важной, учитывая, что психосоматические расстройства являются вариантом медицинской патологии, в этиопатогенезе которых ведущую роль играют психологические факторы.

В ходе интегративного подхода к клинике психосоматических расстройств, исследователь, терапевт и реабилитолог получают полную информацию о сущности болезненных расстройств, закономерностях их протекания, особенности конкретных клинических форм,

взаимодействии отдельных патологий, отражении болезненного процесса в сознании и в самосознании пациента, изменениях в его социальном функционировании. Все это позволяет получать целостные, полные и глубокие представления о сущности болезненного расстройства в единстве его индивидуальных биологических особенностей и психологических характеристик. Указанный подход является, на наш взгляд, наиболее оптимальным, позволяющим осуществлять надежную диагностику, высокоэффективную терапию и реабилитацию командой специалистов разного профиля.

Одним из явных преимуществ интегративной модели является успешное преодоление в её рамках противоречий между двумя главными моделями психотерапии: медицинской и психологической. Интегративная модель позволяет непротиворечиво объединить указанные подходы, используя преимущества каждого из них и компенсируя слабые стороны.

Так, для медицинской модели характерна ориентация на выявление биологической сущности расстройства, опора на клинически значимые, диагностические признаки страдания (нозология, синдром, симптомы); приоритетность доказательного подхода к назначению того или иного вида терапии, использование традиционных классических методов. Преимуществом данного подхода является его научность, достоверность, доказательность, унифицированность, так как специалисты во всём мире используют единые классификаторы болезней и стандартизированные протоколы оказания специализированной помощи в зависимости от конкретного вида патологии. Недостатками модели являются недостаточная проработка психологических компонентов этиопатогенеза расстройств, что ограничивает возможность осознанного и целенаправленного применения широкого арсенала методик психологической модели.

Психологическая модель психотерапии ставит в центре внимания личность пациента с его внутренними психологическими конфликтами, жизненной историей, отношениями, особенностями реагирования. Учитывая, что наиболее весомый вклад в психосоматику внёс психологический подход, разнообразные психоаналитические теории, - психологическая модель выглядит более приемлемой, как для понимания этиопатогенеза, так и для разработки терапевтических интервенций и программ реабилитации. В этом сильная сторона психологической модели. Слабая сторона заключается в том, что существует громадное количество психологических моделей в психосоматике, но ни одна из них не имеет научной доказательности, подтверждённой более высокой эффективностью, связи с реальной биологической сущностью страдания.

Таким образом, интегральная модель создаёт предпосылки для дальнейшего развития психотерапии как науки и сближение научного опыта и терапевтического искусства; позволяет разрабатывать подходы к психосоматике, которые были бы универсальными для специалистов различного профиля, делая их знания более многогранными.

ГЛАВА XIV

НЕКОТОРЫЕ ВАЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЧАСТНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ.

Dum spiro, spero.

Пока дышу, надеюсь.

14.1. Психофармакотерапия.

Назначение медикаментозных средств комплексной терапии психосоматических расстройств занимает одну из важнейших позиций. Особенно значимо назначение психофармакотерапии в лечении острых расстройств, состояний с выраженными аффективными расстройствами (тревога, депрессия), протекающих с пароксизмами вегетативной симптоматики, выраженным болевым синдромом.

Представляем краткие *характеристики основных групп психофармпрепаратов.*

Антидепрессанты (тимоаналептики).

Назначение антидепрессантов в свете современных представлений о сущности психосоматических расстройств, носит этиопатогенетический характер. Антидепрессанты способствуют восстановлению нарушений нейромедиаторов, создавая предпосылки для устранения функциональной симптоматики, нормализации аффективной сферы. Антидепрессанты устраняют нарушения настроения, купируют тревогу, астению, способны влиять на фобические, обсессивные, ипохондрические и соматоформные расстройства. Антидепрессанты назначают в терапевтических дозах до наступления ремиссии в течение недель (месяцев), а затем – в поддерживающих дозах на 6 месяцев при лечении депрессивных расстройств, 2-4-х в остальных случаях. Со-

временные антидепрессанты обладают минимумом побочных эффектов, отличаются хорошей переносимостью, высоким терапевтическим эффектом, не дают привыкания и зависимости, однако имеют синдром отмены (необходим постепенный уход от препарата со снижением доз). Большинство препаратов не влияют на повседневную активность, удобны в приёме (один раз в сутки). Наиболее широко применяемой группой являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, для которых справедливы все вышеуказанные характеристики (Флуоксетин, Флуоксамин, Пароксетин, Эсциталопрам, Сертралин).

Противотревожные (анксиолитики).

Группа включает транквилизаторы (сибазон, фенозепам, клоназепам, гидазепам) и, собственно, противотревожные средства (атакакс, афобазол, стрезам, буспирон). Указанные препараты предназначены для активного купирования острых состояний с выраженной тревогой, бессонницей, пароксизмальными и интенсивными вегетативными расстройствами. Отличаются мощностью и быстротой действия. К недостаткам следует отнести возможность и развития синдрома зависимости (психологический компонент), седацию, что препятствует привычной повседневной активности, в силу чего назначение препаратов (особенно транквилизаторов) строго регламентировано и краткосрочно (до двух недель – транквилизаторы, до четырёх недель – противотревожные средства).

Антипсихотики (нейролептики).

Препараты традиционно назначаются при психотических расстройствах (бред, галлюцинации, острое психомоторное возбуждение). В психосоматической клинике используется в малых дозах в качестве вспомогательного средства при наличии клинической структу-

ры расстройства, выраженных личностных расстройств, ипохондрической, обсессивно-компульсивной симптоматике, тяжелых депрессивных расстройствах. В сравнении с предыдущими двумя группами, препараты имеют значительно большее количество побочных эффектов, требуют более тщательного наблюдения за пациентами. Группа включает в себя следующие препараты: рисперидон, кветиапин, оланзапин, сонапакс, тизерцин, труксал, аминазин.

Нормотимики (антиконвульсанты).

Препараты данной группы применяются при лечении эпилепсии и других пароксизмальных расстройств, кроме того, обладают эффектом усиления антидепрессивного эффекта, стабилизируют настроение, устраняют тревогу и вегетативные расстройства (особенно пароксизмального характера). Группа включает в себя следующие препараты: карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, топилепсин, ламотриджин.

Ноотропы (церебропротекторы, мозговые метаболиты).

Препараты указанной группы способствуют активизации обмена веществ в центральной нервной системе с усилением когнитивных функций, устранением астено-субдепрессивной симптоматики, повышением адаптогенных свойств организма. К группе относятся следующие препараты: ноотропил (пирацетам), фенотропил, пантогам, фенибут, мексидол, актовегин).

14.2. Кризисная психотерапия.

Задачами кризисной психотерапии является психологическая поддержка и помощь пациентам в преодолении тяжелых жизненных ситуаций, а также ранняя диагностика, предотвращение и профилактика суицидального поведения. *Тяжелые жизненные ситуации* (со-

стояние психологического кризиса) в психосоматической клинике, помимо традиционных (супружеская измена, смерть или тяжелая болезнь близкого человека, аварии, стихийные бедствия, тяжелые бытовые и финансовые проблемы) включают ситуации медицинского характера: впервые поставленный диагноз смертельно опасного неизлечимого заболевания, либо заболевания ведущего к значительному ограничению жизнедеятельности, требующему серьезных и неоднократных хирургических оперативных вмешательств; ситуации терапевтически резистентных заболеваний с плохо поддающимися терапии болевой, приступообразной симптоматикой. Все эти ситуации требуют психологического (психотерапевтического) сопровождения, которым специалист, его осуществляющий должен опираться на четкие представления о сущности медицинской проблемы, вариантах её перспективного развития, перечне наиболее оптимальных технических методик для работы.

Суицидальное поведение – это целенаправленная активность субъекта на лишение себя жизни. С позиций современной клинической психиатрии суицид и психическое здоровье являются несовместимыми понятиями, то есть наличие в структуре психологических переживаний больного различных аспектов суицидального поведения является признаком психического расстройства, субъект признаётся больным и нуждается в медицинской помощи, в том числе принудительного порядка (что регламентируется юридически, трактуясь как социально опасное поведение). По типологии разделяют суицидальные попытки и завершённый суицид. Суицидальные попытки, в свою очередь, делят на истинные и демонстративно-шантажные. На каждый завершённый суицид приходится порядка 15-ти суицидальных попыток. Суицидальное поведение по этапам развития проходит следующие стадии:

- пассивные суицидальные мысли – высказывания о малоценности и бесперспективности жизни, желательности смерти как избавлении от трудностей и проблем;

- суицидальные намерения – сформированная идея о необходимости лишения себя жизни с обоснованием и разработкой технических моментов;

- суицидальные тенденции – косвенные признаки поведения, указывающие на активную подготовку и инициацию суицида;

- собственно суицидальная попытка.

Крайне важно отметить, что поэтапное проживание указанных стадий может занимать от нескольких месяцев до нескольких минут. Поэтому крайне важно серьезное отношение к любым проявлениям суицидального поведения, активные профилактические мероприятия, открытые и прямые разговоры на данную тематику, что требует создания доверительной атмосферы в общении с больным.

С гендерных позиций суицидальное поведение в равной степени выражено у обоих полов, однако у женщин преобладают демонстративные попытки, у мужчин большее количество совершенных суицидов, что связано с выбором более brutальных способов (повешение, нанесение огнестрельных и ножевых ранений). В психосоматической клинике следует учитывать, что наиболее «популярным» способом суицида является отравление с использованием высокотоксичных медикаментов, психотропных средств. Отсюда вытекает повышенная бдительность в отношении выписки, назначения, выдачи и приёма медикаментов.

При сборе анамнеза важно выявлять наличие суицидального поведения в семейной истории, предшествующих суицидальных

попыток у больного, что на порядок повышает риск развития последующих. Факторами повышения риска суицидального поведения является одиночество, отсутствие занятости, атеизм, несформированная система жизненных ценностей, психологический инфантилизм, возбудимость, импульсивность, эксплозивность в чертах характера, наличие в клинической картине длительных стойких депрессивных расстройств, хронической боли, утраты жизненно важных функций, склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, алкоголизации. Из диагностических рубрик наиболее значимой по суицидальному риску является депрессивное аффективное расстройство (эндогенная депрессия). В клинике данного расстройства все пациенты с умеренной и тяжелой депрессией имеют суицидальные переживания, а порядка 15 % больных совершают суицидальные попытки.

Следует помнить, что наиболее надежным мощным средством профилактики и предотвращения суицида является хорошо организованная преемственная этапная лечебная реабилитационная программа, в центре которой стоит конкретный человек с его жизненными коллизиями, психологическими особенностями и медицинскими аспектами.

14.3. Терминальная психотерапия

Данный вид психотерапии ориентируется на помощь пациентам, умирающим от тяжелых неизлечимых болезней и старости. Следует подчеркнуть, что большинство пациентов оказываются на данном этапе вне стационарной медицинской помощи и без какой-либо психологической поддержки. Последнее обстоятельство обусловлено значительной психологической тяжестью мыслей о смерти, что ведёт к избеганию, как специалистов, так и лиц из окружения больного, обсуждения и работы с указанной тематикой.

Тяжесть психологического состояния указанных больных определяется интенсивным страхом неотвратимости и стремительного наступления конца жизни, а также выраженностью болезненной симптоматики, приведшей к терминальному состоянию. Для специалиста, работающего с ситуациями терминальной психотерапии важна не только профессиональная подготовка, но и определённая личностная зрелость, собственная проработка вопросов жизни и смерти, умение преодолевать чувство вины, отстранённость, деловитую браваду, спасительный обман. На наш взгляд, существенным подспорьем в данной работе являются различные направления экзистенциальной философии, столетиями накопленная мудрость традиционных гуманистических религий.[16,36,78]

14.4. Психосоматика и альтернативная психотерапия.

Альтернативная психотерапия включает в себя нетрадиционные и народные методы лечебного воздействия, не являющиеся составляющими доказательной медицины, однако пользующиеся популярностью и активным спросом у большей части населения (биоэнергетика, экстрасенсорика, целительство, прорицание). Это обусловлено, с одной стороны, системным кризисом общества (смена системы ценностей, финансово-экономический кризис, сложности и проблемы системы охраны здоровья). А с другой стороны – психологическими особенностями людей, усиливающимися на стыке эпох и в периоде кризисов (неизбывной верой в чудо, мифов о собственной исключительности, леностью и желанием быстрых результатов). Пациенты с психосоматическими и невротическими расстройствами являются главными потребителями услуг альтернативной медицины. В основе «терапевтических» эффектов последней лежат феномены суггестии и материально опосредованной терапии, основанные на биоэнергетической мифологеме. У «специалистов» данной системы гораздо меньше

нагрузка, чем у традиционных врачей, их отличает пристальное внимание к персоне больного, подчеркнутый психологизм, - что является нередкой причиной временных улучшений в устранении функциональной симптоматики. В то же время, в рамках данной системы нередки случаи нанесения больным серьёзных психологических травм, чреватых развитием кризисных состояний (традиционные диагнозы: «порча», «сглаз», «сделано на смерть», «венец безбрачия», «родовое проклятие» - звучат весьма устрашающе). Другим негативным аспектом обращения больных к нетрадиционным специалистам является отсрочка в осуществлении диагностических мероприятий, несвоевременность назначения адекватной терапии, что ведёт к осложнениям и ухудшению течения расстройств.

Исходя из вышесказанного, все специалисты, осуществляющие реабилитационную работу с пациентами, должны проводить разъяснительные и информирующие мероприятия, верно ориентирующие в указанных вопросах. В то же время, наиболее эффективной контрпропагандой альтернативной медицины является повышение качества и эффективности оказываемых услуг традиционной медициной.

Заключение.*Carpe diem.**Лови день.**Гораций.*

Психосоматика является относительно молодым разделом медицинских наук, тесно связанной с психиатрией и традиционно разрабатываемой психиатрами, с обширными связями, с клиникой внутренних болезней, глубоким психологизмом в подходах к этиопатогенезу, традиционной значимостью психоаналитических подходов, широким спектром социально-психологических интересов. Указанное междисциплинарное положение психосоматики обуславливает привлечение в её клинику широкого круга специалистов, участвующих в лечебно-реабилитационном процессе и имеющих базовую подготовку в рамках различных научных парадигм. Для успешной интеграции усилий и разработки единой методологической платформы наиболее перспективной является психобиосоциальная парадигма, непротиворечиво объединяющая методологии научных дисциплин, смежных к психосоматике. Ярким примером тому является разработанная нами концепция речевого поведения при психических расстройствах, являющаяся базовой методологией клинической лингвистики. В рамках представленного методического пособия нами изложены основные вопросы общей и частной психосоматики, описанные, как составляющие медицинской дисциплины, но доступные к пониманию и интеграции в базу данных широкого круга специалистов немедицинского профиля: психологов, социологов, дефектологов, лингвистов, социальных работников, реабилитологов. Особое внимание уделено вопросам клинической, психологической диагностики, феноменологии и психолингвистике диагностического и реабилитационного процессов,

рассмотрению коммуникативных проблем, созданию предпосылок для введения специалистов – немедиков в понимание сути клинических процессов и создания предпосылок для формирования клинического мышления.

Мы надеемся, что представленная пособие будет полезно для специалистов, интересующихся проблемами психосоматики, послужит отправной точкой для дальнейшей работы в указанном направлении.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М – 2000 г.
2. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. – М.:Наука – 1976 – 272 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 1993.- 399с.
4. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. -М., 1993. -172 с.
5. Алиев Х.М. Метод «Ключ». Открой свой мир! Включи внутренние резервы. М.-СПб: Питер. – 2011. – 200с.
6. Алиев Х.М., Бояринцев А.Г., Исаев М.Ю., Локотош А.И. Эффективная профилактика профессионального выгорания. Практическое руководство. – Красноярск – М. – 2011 – 171с.
7. Амен Д. Измените свой мозг – изменится и жизнь! – М. Эксмо – 2012 – 445 с.
8. Анциферова Л.И. Общественно-исторический характер телесного бытия человека // Биология человека и социальный прогресс.- Пермь, 1982.- С.89-96.
9. Антропов. Ю.Ф. Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей и подростков. -М.: Издательство Института Психотерапии, 1999. -304 с.
10. Артемова Е.Ю. Психология субъективной семантики.- М.: Изд. Моск. ун-та, 1980.- 318с.
11. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. – М.: Изд. МГУ. – 1989. – 215с

12. .Базисное руководство по психотерапии. Ред. Хайгл-Эверс А, Хайгл Ф, Дитт Ю., Рюгер У. – СПб: Изд. «Речь» - 2002 – 783с.
13. Бассин Ф.В. Проблемы бессознательного.- М., 1968.- С.43-108.
14. Бендлер Р., Гриндер Д., Сатир В. Семейная терапия. - Воронеж, 1993. -128 с.
15. Блейхер В.М., Боков С.Н., Стукалова Л.А. Про алексітімію у онкологічних хворих // Укр. вісник психоневрол.- 1996.- Т.4, вип.5(12).- С.266-268.
16. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. - М.: Рефл-бук; К.: Ваклер. 1997. - 304 с.
17. Бридко В.В., Ганзина В.В., Ганзин И.В., Черёмухин В.С. Первичная и вторичная психопрофилактика при невротических соматоформных и психосоматических расстройствах с применением метода психической саморегуляции «КЛЮЧ». Методические рекомендации. – Симферополь. 2012 . – 28 с.
18. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНЫ – 1999 г. – 376 с.
19. Брушлинский А.В. Мышление и прогнозирование.- М., 1979.- С.7-58.
20. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия. Психологические модели. - СПб «Питер» - 2009 – 496 с.
21. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней.- М.: Медицина, 1985.- 255с.
22. Введение в психотерапию. \ Под ред. Сиднея Блоха. - Амстердам-Киев: Сфера, 1997. -280 с.
23. Винокур Т.Г. Говорящий и слушающий: Варианты речевого поведения.- М., 1999.- С.16-121.

24. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М.-1934 – с 7-54.
25. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. – М.: Изд. АПН РСФСР. – 1956 – 376 с.
26. Ганзин И.В. Коммуникативные особенности диагностического и терапевтического процесса «трудных больных»./Український вісник психоневрології. – Т.13., вип.2(43). – 2005. – с89-9
27. Ганзин. И.В. Контртрансфер и особенности мышления психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы. Феноменологически-психоаналитически-психолингвистический подход./ Таврический журнал психиатрии. – Т12, № 3(44), -2008г
28. Ганзин И.В. Психические расстройства в повседневной практике клиники внутренних болезней (основы психосоматики). Практическое руководство. – Симферополь. – 27 с.
29. Ганзин И.В. Клиническая лингвистика. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах. – Симферополь, изд. ЧП «Феникс», 2011, 400 страниц.
30. Ганзин И.В., Самохвалов В.П. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах./ Методические рекомендации. – Киев. – 2003. – 24с.
31. Гельдер М. Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии – Киев: изд-во «Сфера» - 1997 – в двух т.
32. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации.- М.: Наука, 1980.- 180с.
33. Горностай П.П., Васьковская С.В. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход. -К.: Наук. Думка, 1995. - 128 с.

34. Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа. – М.: «Когито-Центр». – 2003. – 477с
35. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология).- М.: Медицина, 1962.- 120с.
36. Диалог Карла Роджерса и Мартина Бубера \Московский Психотерапевтический Журнал, 1994, №4, с.67-94.
37. Знаменитые случаи из практики психоанализа. М.: REFL-book, 1995. -288 с.
38. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб «Питер» 2000
39. Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции //Методы психологической диагностики и коррекции /М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов.- Л.: Медицина, 1983.- С.231-254.
40. Жинкин Н.И. О кодовых переходах во внутренней речи.//Вопросы языкознания . – 1964. - №6 - с24-28.
41. Залевская А.А. Вопросы организации лексикона человека в лингвистических и психологических исследованиях. – Калинин. – 1978. – с24-71.
42. Зимняя И.А. Функциональная психологическая схема формирования и формулирования мысли посредством языка//Исследования речевого мышления в психолингвистике. – М.: Изд. МГУ.- 1986. – с35-41.
43. Калина Н.Ф. Основы психотерапии. -М.: Рефл-Бук; К.: Ваклер, 1997. -272 с.
44. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина 1994 – в 2х т.
45. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного.- Л.: Медицина, 1980.- 180с.

46. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», - 2000. – с11.-73.
47. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского СПб «Питер» 2006. – 960 стр.
48. Ковалев В.В. Взаимодействие личности и болезни при психосоматической патологии //Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез. докл.- М.- 1988.- С.43-44.
49. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха. _- СПб. Изд-во «Наука и Техника» - 2007 – 236 с.
50. Колшанский Г.В. Паралингвистика.- М.: Наука, 1974.- 81с.
51. Колшанский Г.В. Соотношение субъективных и объективных факторов в языке.- М.: Наука, 1975.- С.24-36.
52. Колшанский Г.В. Контекстная семантика.- М.: Наука, 1980.- С.76-84.
53. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А. Этология в психиатрии.- К.: Здоровья, 1990.- 214с.
54. Крейдлин Г. Невербальная семиотика. Язык тела и естественный язык. М.: Новое лит. обозр. – 2004 – 584 стр.
55. Кречмер Э. Строение тела и характер.- М., 1920.- С.5-271.
56. Куттер П. Современный психоанализ. -СПб.: Б.С.К., 1997. -351 с.
57. Лебедев Б.А., Крылов В.И., Незнамов И.Г. Значение биологических и психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни при ИБС //Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез. докл.- М., 1988.- С.50.

58. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. – М.: Изд. МГУ. – 1969. – с7-104.
59. Леонтьев А.Н. Основы теории о речевой деятельности. – М.: Изд. МГУ. – 1974. – с3-202.
60. Леонтьев А.Н. Основы психолингвистики. – М.: «Смысл». – 1999. – 288с.
61. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. - М.: Международная педагогическая академия, 1994. -368 с.
62. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.- М.: Медицина, 1977.- С.37-68.
63. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимания структуры личности в клиническом процессе. – М «НФ Класс» - 1998 – 480 с.
64. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. – М.: «Эксмо» - 2005 – 992 с.
65. Манойлов А.Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики. – Челябинск. – 2004 – 24 с.
66. Меграбян А.А. Личность и сознание (в норме и патологии).- М.: Медицина, 1978.- 176с.
67. Менегетти А. Психосоматика. М.: Б.Ф. «Онтопсихология». 2007. – 360 с.
68. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия. – Харьков – Око. - 2002.- 767 с.
69. Московский психотерапевтический журнал. Спецвыпуск по когнитивной психотерапии \сост. А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян. -1996, №3. -223 с.
70. М'Юзан М. Контртрансфер и парадоксальная система//Французская психоаналитическая школа. Под ред. А. Жибо, А.В. Россохина, - М. –СПб: «Питер», 2005 – с 193-205.

71. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. - М., 1994. -144с.
72. Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях – Москва – 1995.
73. Носенко Э.Л. Особенности речи в состоянии эмоционального напряжения.- Днепропетровск, 1975.- 58с.
74. Обучение, погруженное в общение. - М.: КСП, Институт психологии РАН, 1997, 224 с.
75. Овсянников С.А., Циганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. – М. «Триада – Фарим». 2001 – 100 с.
76. Оклендер В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. - М: Класс, 1997. -336 с.
77. Психиатрическая клиника. Учебное пособие под ред. В.П. Самохвалова. – Симферополь: изд-во КГМУ – 2003 – 608 с.
78. Психиатрия /Под ред. Р.Шейдера.- М.: Практика, 1998.- 485с.
79. Психотерапия. Учебник под редакцией Б.Д. Карвасарского. – М.-СПб.- Питер. – 2008. – 672с.
80. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб «Питер» 2002 – 1019 с.
81. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека.- М.: Прогресс – Универс, 1999.- 480с.
82. Рудестам К. Групповая психотерапия. - СПб.: Питер Ком, 1999. -384 с.
83. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия.- Симферополь: ИМИС-НПФ Движение Лтд, 1993.- 286с.

84. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии //Таврич. журн. психиатр.- 1997.- Т.1, №2.- С.50-80.

85. Самохвалов В.П. Психоаналитический словарь и работа с символами сновидений и фантазий. - Симферополь: СО-НАТ, 1999. -184 с.

86. Сандлер Дж., Дэр.К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. - Воронеж: НПО Модек, 1993.

87. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987.- 183с.

88. Сердюк А.И., Михайлов Б.В., Короп А.Ф. Методика объективизации эффективности психотерапии соматических больных.- Харьков, 1998.- 28с.

89. Соложенкин В.В., Нелюбова В.А. Системный подход при изучении психосоматической патологии //Акт. проблемы соматопсихиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.248-249.

90. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции //Соц. и клин. психиатрия.- 1998.- №2.- С.18-25.

91. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М.: изд-во института психотерапии. – 2005 – 496 с.

92. Ташлыков В.А. Механизмы соматизации внутренней картины болезни при неврозах //Акт.пробл.соматопсихиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.259-261.

93. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни и ее значение для групповой психотерапии //Групповая психотерапия /Ред. Б.Д.Карвасарский, С.Ледер.- М.: Медицина, 1999.- С.242-271.
94. Телешевская М.Э. Глазами больного.- К.: Здоровья, 1985.- 156с.
95. Томэ Х, Кехеле Х. Современный психоанализ. М.: «Изд. Группа «Прогресс» - «Литера» - 1996, Т.1, с 131-153.
96. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина 1986 – 384 с.
97. Трегубов И.Б., Прусс Г.Б. Об исследовании уровня алекситимии у больных психосоматическими заболеваниями //Акт. пробл. сомато- психиатрии и психосоматики.- М., 1990.- С.264-265.
98. Фрейд А. Эго и механизмы психологической защиты. – М.: АСТ – Астрель – 2008 – 160 с.
99. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М.: наука, 1991.
100. Фрейд З. Толкование сновидений. -Киев: Здоровье, 1991.
101. Фрейд З. Психология бессознательного. -М.: Просвещение, 1989.
102. Фрейд З. Психоаналитические этюды. -Минск: Беларусь, 1991.
103. Харди И. Врач, сестра, больной.- Будапешт: Изд. АН., 1982.- 196с.
104. Хаури П., Линде Ш. Как победить бессонницу. – М «Альпина» - 2002 г. – 295 с.

105. Холмогорова А.Б., Гаранян И.Г. Групповая терапия невротиков с соматическими масками //Моск.психотерапевт.журн.- 1994.- №2.- С.29-50.

106. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследование и применение). СПб.: Питер Пресс, 1997. -606 с.

107. Чудновский В.С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях //Клин. аспект самосознания при псих. заболеваниях в связи с вопр.диагностики, лечения и реабил.- Куйбышев: Изд.Куйбыш.мед.ин-т, 1982.- С.3-18.

108. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. -СПб.: Питер, 1999. -656 с.

109. Юнг К.Г. Символ и архетип. - М., 1991.

110. Юнг К.Г. Психологические типы. - М., 192. -104 с.

111. Юнг К.Г. Аналитическая психология (Тэвистокские лекции). -СПб., 1994.

112. Юнг К.Г. Воспоминания. Сновидения. Размышления. - Киев, 1994. -406 с.

113. Юнг К.Г. и современный психоанализ. Хрестоматия по глубинной психологии. Вып.1. -М., 1996.-248 с.

114. Якубик А. Истерия: Методология, теория, психопатология.- М.: Медицина, 1982.- 341с.

115. Freud S. The future prospects of psycho-analytic therapy. SE. Vol XI, pp 193-151.

116. Ferenczi S. The elasticity of psychoanalytic technique therapy. – London – 1995, p87-101.

117. Fenichel O. Problems of psychoanalytic technique//Psychoanal, Quart. Inc. – N.Y. – 1941. – 3-25 pp.

118. .Deutsch H. Psychoanalysis of the neuroses. – London – 1932. – 145 p.

119. Heimann P.P. Counter-transference//Brit.J.Med.Psychol. – 1960, V33, p9-15.

120. .Racker H. Meanings and uses of countertransference.//Psychoanalytic Quaterly, 1957, - №26, p303-

Содержание.

Введение.....	1
РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА.....	3
Глава I. Определение понятий и предмет исследования психосоматики. Краткая история. Основные психосоматические теории и модели.....	3
1.1. Определение предмета.....	3
1.2. Краткий экскурс в историю психосоматики.....	3
1.3. Основные психосоматические теории и модели.....	6
1.4. Психосоматическая теория А. Менегетти.....	24
Глава II. Адаптация. Копинг-стратегии. Психологические защитные механизмы.....	31
2.1. Адаптация. Стресс.....	31
2.2. Копинг-стратегии.....	32
2.3. Психологические защитные механизмы.....	34
Глава III. Характер в психосоматике.....	41
Глава IV. Психодиагностическое интервью в психосоматике.....	50
Глава V. Коммуникативные проблемы в процессе диагностики и терапии в психосоматической клинике. Концепция речевого поведения. Коммуникативная прагматика.....	54
5.1. Кинесический аспект.....	54
5.2. Паралингвистический (просодический) аспект речевого поведения.....	57
5.3. Вербальный аспект речевого поведения.....	72

5.4. Разномодальные семантики.....	84
5.5. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии при основных видах психических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения).....	85
Глава VI. Введение в психосоматическую клинику. Основы терминологии. Симптом-синдром-расстройство. Классификация психических и психосоматических расстройств. Внутренняя картина болезни.....	96
6.1. Основы психиатрической пропедевтики.....	96
6.2. Внутренняя картина болезни.....	101
Глава VII. Психосоматические взаимоотношения (на примере соматоформных вегетативных дисфункций).....	104
7.1. Психосоматические взаимоотношения.....	104
7.2. Психосоматические корреляции соматоформных вегетативных дисфункций.....	105
7.2.1. Сердце и сердечнососудистая система.....	105
7.2.2. Желудочно-кишечный тракт.....	107
7.2.3. Дыхательная система.....	108
7.2.4. Урогенитальная система.....	109
7.2.5. Кожная и костно-суставная система.....	110
РАЗДЕЛ II. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА.....	112
Глава VIII. Краткие клинические характеристики основных психосоматических расстройств.....	112
8.1. Основы эпидемиологии.....	112
8.2. Этиопатогенез психосоматических расстройств.....	113

8.3. Клиника и диагностика.....114

Глава IX. Особенности коммуникации в системе «врач-пациент» в ходе диагностического и лечебно-реабилитационного процесса с позиции клинико-лингвистически-феноменологически-психоаналитического подхода. Проблема трансфера и контртрансфера.....132

9.1. Обзор развития взглядов на проблему.....132

9.2. Дизайн исследования.....137

9.3. Результаты исследования.....138

9.3.1. Схемы когнитивной активности психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы.....138

9.3.2. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия.....143

9.3.3. Контртрансферентные отношения.....147

Глава X. Психодиагностика в психосоматической практике.....150

Глава XI. Психосоматика в клинике соматических расстройств. Общие подходы к составлению терапевтически-реабилитационных программ.....160

Глава XII. Классические психотерапевтические методы медицинской модели.....167

12.1. Методы психотерапии.....167

12.2. Метод психофизиологической саморегуляции «Ключ».....174

12.3. Психогигиена и психопрофилактика.....184

Глава XIII. Интегративный подход в психосоматике.....190

Глава XIV. Некоторые важные проблемы частной психосоматики..193

14.1. Психофармакотерапия.....	193
14.2. Кризисная психотерапия.....	195
14.3. Терминальная психотерапия.....	198
14.4. Психосоматика и альтернативная психотерапия.....	199
Заключение.....	201
Литература.....	203
Содержание.....	214

**More
Books!** 



yes
i want morebooks!

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн – в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов! окружающей среде благодаря технологии Печати-на-Заказ.

Покупайте Ваши книги на
www.more-books.ru

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.get-morebooks.com

