

Главный редактор
журнала «Психотерапия»
МАКАРОВ В.В.
Президент Профессиональной
психотерапевтической лиги,
заведующий кафедрой психотерапии
и сексологии ГБУ ДПО РМАПО
д.м.н., профессор

Зам. Главного редактора
ИРИШКИН А.А.
руководитель Сообщества RusPsy

Редакционная коллегия:
БЕЛЯНИН В.П.
БЕРМАНТ-ПОЛЯКОВА О.В.
БУРНО М.Е.
ДМИТРИЕВА Н.В.
ДОМОРАЦКИЙ В.А.
ЗАВЬЯЛОВ В.Ю.
ЗАЩИРИНСКАЯ О.В.
КАТКОВ А.Л.
КОЧЮНАС Р.Б.
РЕШЕТНИКОВ М.М.
ТУКАЕВ Р.Д.
ТХОСТОВ А.Ш.
УЛЬЯНОВ И.Г.
УМАНСКИЙ С.В.
ШЕВЧЕНКО Ю.С.

Адреса редакции:
а) 109280, Москва, 2-й
Автозаводский пр., 4. Кафедра
психотерапии
Тел. (495) 675-45-67
б) 125315, Москва, ул. Балтийская,
дом 8, офис 344. Издательство
«Гениус Медиа»
Тел. (495) 518-14-51;
genius-media@mail.ru
Ген. директор ИРИШКИН Д.А.

При перепечатке материалов
согласование с издательством
обязательно.

Подписные индексы на журнал
«Психотерапия»
по каталогу «Роспечать»: 82214
по каталогу «Пресса России»: 45793

Для справок: (495) 518-14-51,
forum-admin@ruspsy.net
© Издательство «Гениус Медиа»
Тираж 500 экз

Ежемесячный научно-практический журнал

ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 11 (143), 2014 г.

**Международный конгресс «Отечественные традиции и новации
в психотерапии, практической и консультативной психологии»
Москва, 17–19 октября 2014**

Содержание номера

ТЕОРИЯ. ФИЛОСОФИЯ. МИРОВОЗЗРЕНИЕ

ТАБИДЗЕ А.А. Теория и практика генезиса психогенных заболеваний*	2
РЕБЕКО Т.А. Повреждения тела как компенсаторный путь развития Самости.....	11

ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ

ШЕВЧЕНКО Ю.С. Полипрофессиональный многоуровневый подход к терапии детей и подростков.....	16
ИВАНОВА Н.А., ШЕВЕЛЕНКОВА Т.Д. Исследование особенностей мифологической идентификации в норме и у больных шизофренией на основе анализа сказок.....	20
ПОДОЛЬСКАЯ О.В. Эмоционально-волевые нарушения вследствие травм детства	26
РУДИНА Л.М. Моделирование психологической опоры на примере больных диабетом	34

МЕТОДИКА. МЕТОД. МОДАЛЬНОСТЬ

КИСЕЛЕВА Н.А. Арт-терапевтическая программа сопровождения замещающих семей Детской деревни-SOS*	42
РОМАНОВА И.Е. Возвращение Изгнанника. Системная семейная терапия субличностей Ричарда Шварца в психодраматическом формате	50

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

КИБРИК Н.Д., БУТКОВА Т.В. Терапевтические аспекты лечения лиц с суицидальным поведением, вследствие семейно-сексуальных дисгармоний.	54
МАЦЕВСКАЯ Л.Л. К проблеме диагностики и психотерапевтического сопровождения пограничного пациента.....	61

ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

ВАКСМАН Н.М. Особенности оказания экстренной психологической помощи семьям с детьми в условиях военных действий в Израиле	68
ТАРАСОВА Е.В. Опыт психологического сопровождения больных с инсультом и инфарктом миокарда в остром периоде	73
ЛОМОВА М.В. На что претендует аналитическая психология? Или неизбежный водораздел внутри психотерапии	77
АХМАДУЛЛИНА А.А. Пошаговая модель в консультировании и психотерапии по гендерным вопросам	79
КУХТЕНКО Ю.А. Выявление Синдрома Эмоционального Выгорания у лиц, занимающихся профессиональной деятельностью в области психиатрии и наркологии. Полимодальная психотерапия как метод коррекции синдрома выгорания	82

ТОЧКА ЗРЕНИЯ. ДИСКУССИИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА Тезисы выступлений на Международном конгрессе «Отечественные традиции и новации в психотерапии, практической и консультативной психологии» 17–19 октября 2014. Список участников: от Р до Я включительно	85
---	----



Теория и практика генезиса психогенных заболеваний*

ТАБИДЗЕ А.А.

доктор физико-математических наук, профессор,
Российский Научный Центр «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ, г. Москва

В настоящей работе на основе экспериментального материала изложена теория генезиса психогенных заболеваний. Представлены простой и удобный психодиагностический (модифицированный метод Кэттелла) и психотерапевтический (аутотренинги) инструментарий. Наряду с терапией они могут быть использованы для целостного (холистического) подхода к человеческому организму с учётом не только болезни, но и личности больного.

Постановка задачи

Психогенные заболевания (психосоматические, психоневротические, психоиммунные), сопровождающиеся в частности болевым синдромом, в настоящее время рассматриваются как результат комплексного деструктивного процесса, в который включены биологические, социальные, культурные, психологические и др. факторы /1—4/.

Отсюда возникают закономерные вопросы – «Какой из этих факторов является приоритетным?», «Какова последовательность включения этих факторов в начало проявления болевого синдрома?»

В научной теории познания известно правило, что решение некоторой частной задачи может быть найдено при постановке и решении более общей задачи, сверхзадачи. Какая же сверхзадача здесь может быть поставлена? Её в своё время сформулировал академик Павлов И.П. в своей нобелевской речи (Стокгольм, 1904 г.) в виде следующего высказывания: «В сущности нас интересует в жизни только одно – наше психическое содержание».

Психотерапевты и врачи-неврологи давно обратили внимание на важность учёта психического содержания личности на этиологию психогенных заболеваний. Так академик Вейн А.М. в своих лекциях (1994 г.) и работах неоднократно подчёркивал, что синдром вегетативной дистонии чаще всего обусловлен личностно-характерологическими особенностями пациента/5, 6/. Здесь же

им неоднократно указывалось на важное положение о сопряжённости личностных эмоциональных качеств и вегетативно-эндокринных реакций.

В литературе имеются неоднократные попытки использовать психодиагностические методы для анализа патогенеза заболеваний (например, /7—11/), но эти методы по различным причинам, о которых мы будем говорить ниже, не получили широкого и стандартного применения.

В настоящей работе, в результате нового психодиагностического подхода, показано, что психическое содержание личности является некоторой устойчивой системой психологических качеств, особенности (а точнее, деформации) которой приводят в генезисе к деформациям социальных отношений, а затем в более позднем периоде, когда истощаются защитные силы организма, к деформациям телесного здоровья в виде психогенных, в частности психосоматических, заболеваний, сопровождающихся часто болевыми синдромами.

Психологическая диагностика. Методика. Семейные результаты

Для решения поставленной задачи необходим выбор такого психодиагностического метода, который наиболее полно раскрыл бы многогранный психологический профиль личности человека. По нашему опыту лучше всего для этих целей подходит стандартизированный тестовый метод Кэттелла (187 вопросов), дающий 16 психологических характеристик (факторов) /12,13/. Этот метод нами был уточнён и модифицирован /14,15/.

В отличие от первоисточника он сейчас обладает простотой использования и наглядностью представления, что важно для врача – клинициста.

После заполнения в течение 15—20 минут пациентом опросника мы получаем в результате компьютерной обработки диаграмму из 4-х полярных характеристик

* Доклад на II Международном конгрессе междисциплинарной медицины «Экология мозга: искусство взаимодействия с окружающей средой», 15-18 мая 2014 г., г. Москва.

Все рисунки, использованные в статье, показаны также в цвете на обложке.



человека: эмоциональная, волевая, коммуникативная и интеллектуальная группы.

В основе анализа результатов диагностики лежат следующие известные из психодиагностической литературы положения:

1. Психологический профиль личности по Кэттеллу является достаточно устойчивой системой психологических качеств.
2. Психологические качества профиля сопряжены с психосоматическими, неврологическими и психическими расстройствами через эмоциональную группу 4-х конкретных негативных факторов : С - эмоциональная неустойчивость, L - подозрительность, О - тревожность, Q4 - напряжённость /12,13/.

Поэтому, для оценки предрасположенности к психогенным заболеваниям в первом приближении достаточно рассмотреть только эмоциональную часть диаграммы; волевая, коммуникативная и интеллектуальная группы вносят дополнительный, вспомогательный вклад.

В качестве демонстрационного примера на рис.1 и рис.2 представлены результаты психодиагностики одной семьи: предпринимателя Натальи Н. (31 год) и её мамы, пенсионерки Ольги Ивановны Н. (55 лет).

Молодая женщина, без детей, считающая себя здоровой, обратилась с запросом о выяснении причин в

неудачах построения семьи; её мать интересовали перспективы лечения своих конкретных заболеваний.

Интересно отметить, что совершенно разные запросы и различие в возрасте этих близких родственников дали мало отличающиеся по форме психологические профили. Складывается впечатление, что дочь является продолжателем и носителем тех же эмоциональных психологических качеств, что и мать.

На рис.1 сразу бросается в глаза, что вся группа эмоциональных качеств оказалась негативной (красной**) с высокими отрицательными значениями:

- эмоциональная неустойчивость С= -3,
 - подозрительность L= -4,
 - а тревожность О = -5
 - и внутреннее напряжение Q4 = -5
- приняли предельно отрицательные значения.

Низкие значения самоконтроля (Q3 = -4) только усугубляют этот неуживчивый характер, а высокие значения власти E= +5 из волевой группы говорят о её ригидности, настойчивости и активной позиции в защите своих негативных эмоциональных проявлений.

Одновременно с этим невротические проявления характера (высокие эмоциональная неустойчивость и подозрительность) способствуют переносу её внутреннего напряжения и тревоги во внешний мир.

При знакомстве с этой диаграммой клиентка, хотя и имела психолого-педагогическое образование, заявила, что впервые увидела, кто она на самом деле и сама же ответила на свой запрос о неудачах в личной жизни. В некоторой степени с ней произошёл катарсис.

С другой стороны её сильные интеллектуальные качества (все интеллектуальные факторы В,М,Н,Q1- зелёные) в сочетании со смелостью Н= +3, ответственностью G= +1 и опять же властью E= +5 позволяют ей быть успешной в деловой среде.

Что можно из этой диаграммы сказать относительно наличия у клиентки Натальи Н. психогенных заболеваний. Негативные эмоциональные качества её профиля свидетельствуют о явной предрасположенности к невротическим и психосоматическим заболеваниям. Проведённая мной дополнительная приборная (электропунктурная) функциональная диагностика показала предрасположенность пациентки к возникновению гипертиреоза и заболеваний в женской половой сфере /16 /. Однако она утверждала, что ничем не болеет, ни на что не жалуется, только к концу дня валится с ног от усталости. И что её интересует только решение личных проблем.

Ф ^А	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС	-5 -4 -3 -2 -1 0	1 2 3 4 5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА				
С ^А	-3	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ	██████████	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L ^А	-4	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ	██████████	ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
О ^А	-5	ТРЕВОЖНОСТЬ	██████████	СПОКОЙСТВИЕ
Q4 ^А	-5	НАПРЯЖЕННОСТЬ	██████████	РАССЛАБЛЕННОСТЬ
ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА				
Q3 ^А	-4	НИЗКИЙ САМОКОНТРОЛЬ	██████████	ВЫСОКИЙ САМОКОНТРОЛЬ
E ^А	+5	ПОДЧИНЕННОСТЬ	██████████	ВЛАСТЬ
G ^А	+1	НЕБРЕЖНОСТЬ	██████████	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
H ^А	+4	РОБОСТЬ	██████████	СМЕЛОСТЬ
КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА				
A ^А	-2	ОТЧУЖДЕННОСТЬ	██████████	ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ
F ^А	+4	ПЕССИМИЗМ	██████████	ОПТИМИЗМ
I ^А	+2	СУРОВость	██████████	МЯГКОСЕРДЕЧИЕ
Q2 ^А	-2	ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГРУППЫ	██████████	САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА				
B ^А	+3	НИЗКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ	██████████	ВЫСОКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ
M ^А	+2	ПРАКТИЧНОСТЬ	██████████	МЕЧТАТЕЛЬНОСТЬ
N ^А	+1	ПРЯМОЛИНЕЙНОСТЬ	██████████	ДИПЛОМАТИЧНОСТЬ
Q1 ^А	+5	КОНСЕРВАТИЗМ	██████████	ГИБКОСТЬ

Рис. 1 Наташа Н., 31 год. Социальные проблемы. Трудность построения семейных отношений. Хроническая усталость к концу дня.

** Здесь и далее выделенный цвет (как в данном случае, красный) можно видеть на обложке этого номера



Мы вернёмся к обсуждению рис. 1 чуть позже, а сейчас перейдём к рис.2.

На этом рисунке представлены результаты опроса матери Наташи Н. Как видно они хорошо совпадают с результатами теста её дочери, почти полностью повторяют её профиль. Это тоже профиль эмоционально незрелого человека.

Отличие только в одном, негативные деформации к этому возрасту привели её к клинически подтверждаемым заболеваниям, в данном случае – к гипертиреозу и миоме матки. Невротические качества приобрели выраженный ипохондрический характер, о чём свидетельствует её высокий пессимизм (фактор F = -4).

Рассмотрим более детально влияние отдельных эмоциональных факторов на возникновение психогенных заболеваний. Отрицательные качества (эмоциональная неустойчивость -С) и (подозрительность -L) с высокой степенью вероятности свидетельствуют о конституциональных невротических чертах характера, что может быть причиной развития со временем различных невротических расстройств.

Другие два фактора (-O) и (- Q4) больше связаны с возникновением психосоматических реакций. Так из логики здравого смысла следует, что при высоких значениях внутренней напряжённости (- Q4) переходящей в телесные проявления, могут возникать болезни, свя-

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

С другой стороны устойчивые значения тревожности (O) обычно приводят к постоянной выработке гормонов стресса, и как следствие к истощению гормональной системы и возникновению эндокринных заболеваний – диабета, гипертиреоза и др.

При получении врачом - диагностом такой картины из 4-х одновременно негативных эмоциональных качеств -С, -L, - O, - Q4) он должен понимать, что перед ним профиль психологически незрелого человека и именно эта психологическая незрелость является главной причиной невротических и психосоматических реакций пациента, которые приводят к напряжённым отношениям в социуме и трансформируются со временем в психогенные заболевания.

При совместном анализе психологических профилей дочери и мамы (рис.1 и 2) необходимо также понимать следующее.

Деформации в психологическом профиле до их медицинского клинического подтверждения являются исходными (первичными).

В этом периоде клиент считает себя абсолютно здоровым человеком, его сопровождает беспечность по отношению к своему здоровью.

При появлениях симптомов болезни и подтверждённом клиническом диагнозе возникает комплекс вторичных эмоциональных расстройств, в результате чего врач уже имеет сумму исходной особенности психики пациента плюс его эмоциональную реакцию на болезнь.

Предыдущий родственный пример был выбран с целью продемонстрировать перерастание психологических деформаций человека в социальные, а затем в телесные.

Следующий случай взят из психодиагностики семьи 4-х человек: отца, матери, их сына и дочери. Из двоих родителей только у матери наблюдались эмоциональные деформации профиля.

Все эти деформации полностью проявились только у её дочери – рис.3 и 4.

Мама страдает ярко выраженным сколиозом позвоночника с болевым синдромом, ходит в корсете. Дочь ещё молода и адаптационные защитные силы её организма пока велики и физическое состояние пока оптимальное, но вероятность возникновения психогенных заболеваний при таком профиле у неё высока.

На следующем рис.5 и 6 в качестве примера показан благоприятный случай. Сын Михаил унаследовал от матери Марии Алексеевны положительные эмоциональные качества и вероятность возникновения как невротических, так и психосоматических заболеваний у него невелика.

	Ф ^А	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС	-5 -4 -3 -2 -1 0	1 2 3 4 5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
С ^А	-4	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ	██████████		ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L ^А	-5	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ	██████████		ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O ^А	-5	ТРЕВОЖНОСТЬ	██████████		СПОКОЙСТВИЕ
Q4 ^А	-3	НАПРЯЖЕННОСТЬ	██████████		РАССЛАБЛЕННОСТЬ
ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА					
Q3 ^А	+1	НИЗКИЙ САМОКОНТРОЛЬ		██████████	ВЫСОКИЙ САМОКОНТРОЛЬ
E ^А	+5	ПОДЧИНЕННОСТЬ		██████████	ВЛАСТНОСТЬ
G ^А	+1	НЕБРЕЖНОСТЬ		██████████	ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
H ^А	+1	РОБОСТЬ		██████████	СМЕЛОСТЬ
КОММУНИКАТИВНЫЕ КАЧЕСТВА					
A ^А	-3	ОТЧУЖДЕННОСТЬ	██████████		ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ
F ^А	-4	ПЕССИМИЗМ	██████████		ОПТИМИЗМ
I ^А	-1	СУРОВость	██████████		МЯГКОСЕРДЕЧИЕ
Q2 ^А	+4	ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГРУППЫ		██████████	САМОСТЯТЕЛЬНОСТЬ
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА					
V ^А	-3	НИЗКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ	██████████		ВЫСОКИЙ ИНТЕЛЛЕКТ
M ^А	+1	ПРАКТИЧНОСТЬ		██████████	МЕЧТАТЕЛЬНОСТЬ
N ^А	-1	ПРЯМОЛИНЕЙНОСТЬ	██████████		ДИПЛОМАТИЧНОСТЬ
Q1 ^А	+3	КОНСЕРВАТИЗМ		██████████	ГИБКОСТЬ

Рис 2. Мама Наташи, 55 лет. Телесные проблемы. Синдром хронической усталости, миома матки, гипертиреоз. Ипохондрический синдром.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА				
С ^А	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ			ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L ^А	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O ^А	ТРЕВОЖНОСТЬ			СПОКОЙСТВИЕ
Q4 ^А	НАПРЯЖЕННОСТЬ			РАССЛАБЛЕННОСТЬ

Рис. 3. Дочь Наташа, школьница, 14 лет.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА				
С ^А	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ			ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L ^А	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O ^А	ТРЕВОЖНОСТЬ			СПОКОЙСТВИЕ
Q4 ^А	НАПРЯЖЕННОСТЬ			РАССЛАБЛЕННОСТЬ

Рис. 5. Сын Михаил, 19 лет, студент

В моих исследованиях семей близость психологических профилей родителей и их детей наблюдалась довольно часто. Особенно ценно проводить эти исследования для семей, где 3-4 ребёнка и более. В этих случаях видно, чьи психологические качества каждый из детей унаследовал – мамы или папы. Это задача для отдельной научной работы.

Результаты семейной диагностики могут быть ценными для педиатров в оценке определения причин заболеваний и выбора направления лечения. В случае совпадения негативных психологических качеств родителя и ребёнка необходима их совместная психокоррекция. В противном случае всегда будет присутствовать эмоциональное заражение ребёнка родителем и лечебные действия по отношению к нему будут неэффективными.

Обоснование выбора метода. Рекомендации

Врачи, применяющие в своей практике психологическую диагностику личностных качеств выбирают различные методы в зависимости от своего опыта и предпочтений. Наиболее распространённые – это методы ММРП, Айзенка, САН, Спилбергера-Ханина, Кэттелла и др.

В этом разделе сделана попытка вкратце сравнить возможности методов и предложить оптимальный вариант. Требования, которые может предъявить врач-практик к выбору метода, следующие:

1. Оперативность, оптимальное время выполнения – не более 20-25 мин.
2. Наглядность представления и чувствительность к изменению наблюдаемого фактора.
3. Многогранность и полнота изучения наблюдаемых качеств.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА				
С ^А	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ			ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L ^А	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O ^А	ТРЕВОЖНОСТЬ			СПОКОЙСТВИЕ
Q4 ^А	НАПРЯЖЕННОСТЬ			РАССЛАБЛЕННОСТЬ

Рис. 4. Мать Юлия Николаевна, служ., 44 года. Сколиоз позвоночника, сильный болевой синдром, корсет

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА				
С ^А	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ			ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ
L ^А	ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБНОСТЬ
O ^А	ТРЕВОЖНОСТЬ			СПОКОЙСТВИЕ
Q4 ^А	НАПРЯЖЕННОСТЬ			РАССЛАБЛЕННОСТЬ

Рис. 6. Мать Мария Алексеевна, педагог, 42 года

Тест ММРП (567 вопросов; диаграмма) широко используется в научной медицинской и психологической практике/17-19/.

В соответствии с заявленными критериями этот тест трудоёмок и мало пригоден для оперативной работы, т.к. занимает более часа времени на ответы всех вопросов; он больше медицинский, чем психологический (используются 10 психотических и невротических шкал, где основные – ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, психастения, шизоидность и гипомания).

Он достаточно нагляден и чувствителен, чтобы отличить патологию от нормы, и удобен для описания явно больных пациентов с психопатологическими качествами. В нашем случае его целесообразно иногда использовать для более подробной детализации эмоциональной группы модифицированного теста Кэттелла.

Для описания психосоматических заболеваний его применение, на мой взгляд, ограничено.

Тест Айзенка (101 вопрос, таблица) даёт всего три шкалы, которые совпадают в первом приближении со следующими нашими факторами – «экстраверсия – интроверсия» (фактор А), «нейротизм» (фактор С), «психотизм» (фактор Q3). По сравнению с нашим тестом он менее информативен и может быть использован в редких случаях для уточнения фактора С.

Тест Спилбергера–Ханина (40 вопросов, таблица) даёт оценку двух оттенков одного фактора-тревожности О (устойчивой и ситуационной). Описание эмоционального профиля с помощью только одного фактора О, как это часто делается на практике, на мой взгляд, некорректно. Этот тест может быть использован в некоторых случаях для уточнения фактора О нашего теста.

Тест САН не является опросником, а списком из 30 субъективных утверждений, которые могут легко ме-

няться от функционального состояния человека. Получение эмоционального профиля здесь затруднительно.

Стандартный тест Кэттелла (187 вопросов) представляет собой график в виде ломаной линии, соединяющей в произвольном несвязанном порядке все 16 факторов. Кроме того, знаки некоторых психологических факторов (L, O, Q4) не коррелируют с их психосоматическими и невротическими проявлениями. Использование его в прямом виде в целях медицинской диагностики – затруднительно. Модифицированный тест Кэттелла (модификация Табидзе А.А./14,15 /) приведён в простую и наглядную форму. Близкие по смыслу факторы объединены в 4 группы; установлена ось, разделяющая факторы по знаку (красные – отрицательные, зелёные – положительные), изменён знак факторов L, O, Q4 в соответствии с их психосоматическими проявлениями.

Следует подчеркнуть, что в стандартном тесте Кэттелла нет ошибок. Мы учитываем, что эмоции имеют двойную детерминанту, двойную обусловленность – стационарную (потребностную) и ситуационную (мобилизационную). В ПСИХОЛОГИИ УСПЕХА необходима мобилизация, поэтому качества подозрительность L, тревожность O, напряжённость Q4 являются здесь положительными (стандартный тест). Для ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ требуется другая детерминанта – потребностная, и положительными качествами здесь уже становятся доверчивость L, спокойствие O, расслабленность Q4 (наш модифицированный тест).

В таком виде тест удобен для практического использования, отвечает всем поставленным требованиям, его чувствительность превосходит чувствительность всех предыдущих методов. Имеет возможность для тонкой дополнительной детализации диагноза с учётом остальных 12 факторов (см. рис.1 и 2). В некотором роде это психологическое УЗИ. Данная методика имеет Свидетельство государственной регистрации Института Психологии РАН РФ /15/. Считаю, что она может быть предложена в массовом плане в качестве стандартной психодиагностической врачебной практики для оценки преморбидных личностных характеристики и уточнения психологических причин возникновения психосоматических и невротических заболеваний.

Статистика.

Индивидуальные результаты

*Клиника неврозов.
Диагностика*

Выражаю благодарности:

Рословой Л.Г., врачу-психиатру Центральной Московской Клинико-Психиатрической больницы (орг. методический отдел);

Хапрову В.А., зав.отделением неврозов №8 ГБУЗ-МО (ПБН№9) г. Яхромы за организацию и помощь в проведении научных исследований.

Исследовано 28 пациентов, результаты разделены на две группы. Первая группа 17 человек (- C, - L, - O, - Q4) с явными отрицательными (красными) факторами разной степени выраженности, подобные рис.1 и 2. Вторая группа 8 человек (+C, - L, -O, -Q4) с менее явными отрицательными качествами, где один положительный (+C) и три остальных отрицательные, как на рис.7.

Результаты психологической диагностики всех этих 25 человек здесь хорошо подтверждают медицинский диагноз – неврозы различной этиологии. Три человека оказались здоровыми, у них эмоциональные факторы были положительными, как на рис.5 и 6.

Однако один из этих больных был после сильного посттравматического расстройства (охранник, 24 года, произошло убийство на его глазах), вторая – женщина 67 лет с диагнозом – деменция, что подтвердил наш тест (все факторы интеллектуальной группы у неё - красные, отрицательные), и третий человек оказался подставным (санитарка из коллектива клиники).

Из этих результатов видно, что используемый тест является достаточно надёжным и точным дополнительным средством определения и проверки медицинского диагноза. Он также может быть объективным средством оценки эффективности лечения, при сравнении результатов до и после лечения. Это тема для отдельной научной работы.

*Учителя музыкальных школ.
Диагностика*

Выражаю благодарность:

проф. Петрушину В.И., Президенту Ассоциации Музыкальных Психологов и Психотерапевтов РФ за организацию и помощь в проведении научных исследований.

Исследовано 41 человек /25 /. Результаты разделены на 3 группы. Первая группа «лидеры» (7 человек), учителя с явными положительными психологическими качествами (+C, +L, +O,+Q4). Эти учителя были объявлены как образцы для примера. Вторая группа «средняки» (25 человек), самая многочисленная. Учителя с промежуточными психологическими качествами(+C, +L,-O,-Q4). Многие из них выражали беспокойство по поводу психосоматических симптомов, симптомов хронической усталости.

Всем им были рекомендовано освоить навык психогигиены, о котором мы будем говорить позже.

Третья группа «аутсайдеры» (9 человек) учителя с выраженными негативными психологическими качествами (+C, -L, -O, -Q4).

Один из них имел (-C), Видно, что это психологические признаки пациентов клиники неврозов. Некоторые из них не подозревали о своих невротических симптомах. Всем из этой группы было рекомендовано обратиться к медикам-специалистам.

*Клиенты Московской Службы
Психологической Помощи Населения.
Психокоррекция. Диагностика до после*

Выражаю благодарность:

Ляшенко А.И., кандидату психологических наук, директору ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению (МСППН)»;

Успенской С.Ю., начальнику отдела МСППН (ЮЗАО),

Ляценко Л.А., музыкотерапевту МСППН за помощь, поддержку и проведение научных исследований.

В исследовании принимало участие 31 человек, из них 26 с явно невротическими симптомами – (-С, -L, -O, -Q4), и 5 человек с менее выраженными невротическими симптомами (+С, -L, -O, -Q4).

Все клиенты и клиентки пришли с жалобами на плохой сон, конфликтные отношения с близкими, повышенную тревожность, болевые симптомы в различных частях тела.

В качестве психокоррекции применялись аутогенные тренировки проф. Табидзе А.А. на CD (о них мы будем говорить ниже), музыкотерапевтические программы различных разработчиков – проф. Петрушина В.И., доц. Элькина В.М., проф. Табидзе А.А. (профессиональных музыкотерапевтов) и др., рациональная психотерапия; психофармакология не применялась.

В среднем каждый клиент прослушал около 10 часовых сеансов, по два раза в неделю.

Первый контрольный этап психокоррекции был завершен через 40–45 дней. После чего опять проводилась психодиагностика. В качестве примера на рис.7 и рис. 8 для Светланы Т.,35 лет, представлена психодиагностика до сеансов и после. Видно изменение в сторону улучшения каждого фактора.

В подавляющем числе случаев (27 из 31) наблюдалось улучшение психологических качеств у всех клиентов по всем факторам.

В таблице 1 приведена статистика всех этих случаев. Клиенты субъективно отмечали улучшение самочув-



Рис. 7. Светлана Т., 35 лет. До сеансов



Рис. 8. Светлана Т., 35 лет. Через 40 дней, после 10 сеансов

ствия, улучшение сна, улучшения отношений в семье, исчезновения болезненных симптомов.

Эта таблица является объективным показателем результативности психокоррекции, действительным показателем улучшения здоровья.

Многие клиенты осознали эффективность психологических методов восстановления здоровья и для поддержки достигнутого успеха стали систематически продолжать прослушивать психотерапевтические и музыкотерапевтические сеансы у себя дома.

Является очевидным – когда улучшаются психологические качества, тогда уходят симптомы заболеваний. Естественно, только систематическая психогигиена будет улучшать и поддерживать эти результаты.

Психологический генезис боли

Из имеющейся статистики психодиагностических портретов можно сделать некоторые обобщения. В процессе жизненного пути психологические деформации человека приводят к социальным деформациям отношений, а затем, когда истощаются защитные силы организма, и к телесным деформациям в виде психогенных

N/ΔΦ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	...	27
ΔC	+2	+3	+3	0	+2	+2	+4	+2	+2	-1	+4		+2
ΔL	0	+5	-1	+2	+2	+2	+2	0	+2	+1	0		+2
ΔO	+3	+3	+2	+3	0	+1	+2	+1	+4	+1	+3		+1
ΔQ4	+7	+5	+3	+3	+2	+4	+2	+1	+2	0	+2		+2

Таблица 1. Результаты психокоррекции ΔΦ = Φ после – Φ до.

По всем факторам наблюдается улучшение психологических качеств. Является очевидным – когда улучшаются психологические качества, тогда уходят симптомы заболеваний. Естественно, только систематическая психогигиена будет улучшать и поддерживать эти результаты.



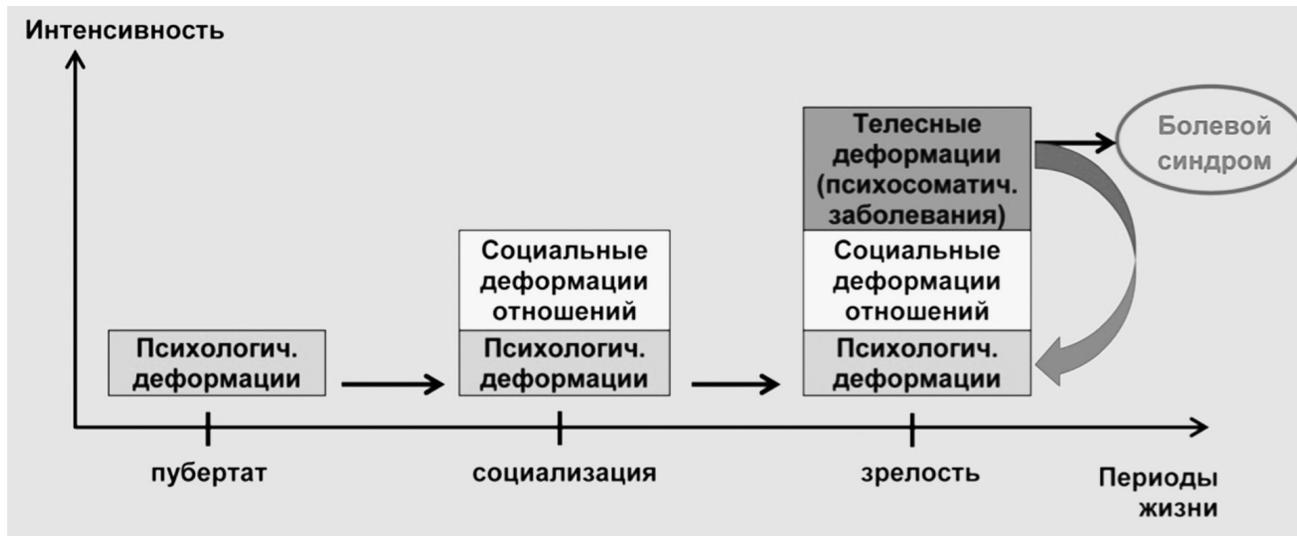


Рис.9. Последовательность наращивания деформаций человека, приводящая к возникновению психосоматических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом.

заболеваний, сопровождающихся болевыми синдромами (рис.9). Эмоциональные качества профиля дают нам возможность определять одновременно степень психологической зрелости (психологического здоровья) и предрасположенности или наличия психогенных заболеваний (медицинского, телесного здоровья).

Таким образом, психологическое и медицинское здоровье – жёстко связанная система, две стороны одной медали. Из этой модели очевидно, что рассматривать и улучшать медицинское здоровье без психологического некорректно и бесперспективно. Психологические деформации – это неосознаваемая способность к созданию и поддержанию собственных негативных эмоциональных состояний, постоянного внутреннего психического фона имеющего в нашем случае общее интегральное выражение в виде эмоциональной неустойчивости, подозрительности, тревожности и напряжённости.

Психологический профиль человека обычно формируется к завершению гормональной перестройки в 12–16 лет («пубертат») и наступает период «социализации», активная фаза жизни.

Далее, этот личностный неосознаваемый негативный фон в проявленном состоянии может привести к неадекватному реагированию на сигналы внешнего мира, в результате чего создает напряжённые с ним отношения («социальные деформации»), воспринимаемые в виде стресса. Если защитные силы организма сильны, то человек обычно активно отстаивает и защищает созданные им самим деформированные отношения.

Но когда, в «зрелый» период жизни, защитные силы организма истощаются, то приходит очередь телесных деформаций, дающих о себе знать в виде болезни. Болезнь, болевой синдром принуждают человека остановиться, отложить все дела и срочно встать на путь теле-

сной реабилитации. До клинического подтверждения болезни – её путь развития линейный, основной, первичный. После подтверждения вступает в постоянное действие ситуационная тревога, и по механизму положительной обратной связи болезнь начинает подпитывать сама себя, т.е. её путь развития закольцовывается. При этом на поле выходит ещё один грозный противник – вторичные психосоматические отношения (рис.9).

Таким образом душевная боль со временем трансформируется в телесную. Таким нам видится психологический генезис боли. В результате, отвечая на первый вопрос, поставленный в начале статьи, мы полагаем, что психологический фактор по сравнению с другими является приоритетным в возникновении болезни и болевых синдромов.

Из рис.9 виден ответ на второй вопрос – какова последовательность проявления других факторов. Поэтому био-психо-социальная концепция боли может быть уточнена в другой последовательности – как психо-социо-биологическая. Следует также отметить, что в настоящее время такая трёхчастичная модель дополняется ещё одним четвёртым элементом – духовным /20/, который в этой последовательности, на мой взгляд, должен занять первое место.

Здесь возникает закономерный вопрос – откуда в «пубертате» появились психологические деформации? Наши исследования / 16, 26 / приводят к гипотезе, что психогенные образования передаются преимущественно по наследству в момент зачатия. Это в большей степени результат филогенеза рода, чем онтогенеза человека. Условия онтогенеза (пре и перинатальный период, детское воспитание) только усиливают или ослабляют переданные положительные качества и возможные деформации.

Навык психогигиены. Рекомендации

Из рис.9 видно, что блок «телесные деформации» в периоде «зрелость» опирается на блок «социальные деформации». Здесь может сложиться впечатление, что улучшая качество социальных отношений можно изменить и улучшить физическое состояние человека. В определённой степени это так. Разработанная в отечественной медицине Мясичевым В.М. и его последователями теория отношений достаточно широко используется в психотерапии. Однако она рассчитана на глубокую индивидуальную многосессионную работу врача и пациента и непригодна в массовом использовании.

С другой стороны, если в этой триаде акцент внимания перенести на её фундамент – «психологические деформации» и использовать эффективные методы психокоррекции, то улучшая психологические качества, мы автоматически становимся способными улучшать как социальные отношения, так и физическое состояние.

Методы психотерапевтической и психологической коррекции в настоящее время многочисленны и разнообразны. Это аутотренинги, метод «Ключ» Алиева, психокатализ Ермошина, эмоционально-образная терапия Линде, психологические семинары-тренинги «Синтон» Козлова, приборы Биологической Обратной Связи и мн.др.

В этом направлении у нас есть свой собственный опыт, собственная научная концепция, изложенная в /21,22/. Она заключается в формировании нового культурного навыка – навыка психогигиены. Современный психотерапевтический инструментарий, разработанный нашим Центром «ПСИХОПЕДАГОГИКА» в виде получасовых авторских аутотренингов на CD /23,24/ (Аутотренинги проф. Табидзе).

Это аутогенная тренировка № 1 «Расслабление и релаксация» и Аутогенная Тренировка №2 «Уравновешенность и устойчивость к стрессу». При систематическом прослушивании они дают возможность сформировать этот навык. Занятия можно проводить как самостоятельно, так и амбулаторно.

Приобретение нового навыка внутреннего спокойствия и нового навыка эмоционального реагирования – простой и комфортный процесс. Он не требует интеллектуальных усилий. Поначалу он требует соблюдения только дисциплины – обязательного ежедневного прослушивания аутотренингов или музыкотерапевтических программ. Т.е. мы способствуем формированию **НОВОГО КУЛЬТУРНОГО, НОВОГО ЭВОЛЮЦИОННОГО НАВЫКА – НАВЫКА ПСИХОГИГИЕНЫ**, аналогичного навыку гигиены тела. Признак элементарной культуры – это привычка каждый день соблюдать гигиену тела – мыть руки, принимать душ, чистить зубы. Психогигиена – это привычка каждый день прослушивать по полчаса аутотренинги. И через некоторое время занятий вы сможете не только субъективно ощутить по

улучшению самочувствия, но и объективно убедиться, как ваши негативные эмоциональные качества на диаграмме Кэттелла переместились в положительный сектор диаграммы.

Для лиц, не готовых прослушивать сеансы с голосом ведущего, лучше начинать с музыкотерапевтических программ профессиональных музыкотерапевтов.

Использование психодиагностики в практике врача нам представляется обязательным, т.к. когда пациент воочию убеждается в своих объективных отрицательных психологических качествах, тогда он видит действительные причины своей болезни, начнёт осознавать собственную ответственность за своё здоровье, тогда он уже не будет перекладывать эту ответственность на врача и у него появляется реальная мотивация к работе над собой.

Заключение

В недалёком прошлом инфекционные болезни уносили из жизни миллионы людей по всем миру. Это привело к мощному развитию фармакологии противинфекционных препаратов, что резко снизило летальный исход от этих заболеваний. В настоящее время на первый план по неблагоприятному исходу вышли психогенные, в частности – психосоматические заболевания.

Само содержание термина – «психо-соматика» говорит о первичности психологических причин заболеваний над соматическими и, следовательно, о необходимости первоочередного использования психологических методов диагностики и психологических и психотерапевтических методов лечения (психокоррекции). Однако до сих пор огромная медицинская индустрия не может вырваться из плена исключительно соматического мышления. Психологические методы диагностики не вышли до сих пор за пределы отдельных научных лабораторий. А психотерапевтические методы психокоррекции до сих пор носят не обязательный, а рекомендательный характер.

Положение усугубляется тем, что терапевты и неврологи на местах, загруженные рутинным приёмом и работой, не считают необходимым включить в свою деятельность методы психодиагностики. Более того – не считают возможным освоить простые методы психогигиены, так необходимые не только больным, но и им самим. Необходимые им самим в первую очередь, потому что «известна особая тяжесть течения многих заболеваний среди врачей, находящая объяснение в возможностях их знакомства с прогнозом болезни и возникающими при этом осложнениями» (Вейн А.М. / 6 /стр. 458).

Психологические методы настойчиво стучатся в дверь медицинской диагностики. Медицина и психология уже не могут существовать раздельно, в отрыве друг от друга. Психодиагностика степени психологической зрелости медицинских работников на всех служебных



уровня сразу определит, кто из них подвергает себя риску пополнить число своих пациентов. Отсутствие собственного опыта, собственного навыка психогигиены медицинских работников среднего и высшего звена не позволяет выйти за границы узковедомственного, корпоративного мышления.

Уверен, что приобретение этого опыта поможет им занять стратегическую позицию и принять соответствующие решения по сегодняшнему внедрению психологических методов в медицинскую практику. А то, как часто у нас бывает - хорошие идеи и рекомендации уплывают за рубеж и возвращаются к нам через некоторое время без указания приоритета.

В настоящей работе на основе экспериментального материала изложена теория генезиса психогенных заболеваний. Представлены простой и удобный психодиагностический (модифицированный метод Кэттелла) и психотерапевтический (аутотренинги) инструментарий. Наряду с терапией они могут быть использованы для целостного (холистического) подхода к человеческому организму с учётом не только болезни, но и личности больного.

Литература:

1. Данилов Ан.Б., Данилов Ал.Б. УПРАВЛЕНИЕ БОЛЮ. Биопсихосоциальный подход.-М.:«АММ ПРЕСС», 2012.-568 с.
2. Данилов Ан.Б., Данилов Ал.Б. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛИ. Научно-практический журнал «MANAGE PAIN», №1, 2013 г., стр.7-11.
3. РМЖ. Специальный выпуск. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. Главный редактор номера – проф. Голубев В.Л., 2013 г., -32 стр.
4. Ковпак Д.В. КАК ПРЕОДОЛЕТЬ БОЛЬ. Практическое руководство психотерапевта. - СПб; Изд. Наука и техника, 2008 г., -256 с.
5. Вейн А.М. СЕМЬ ЛЕКЦИЙ НА РОССОЛИМО. - М.:АММ-пресс, 2014.-184 с.
6. ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: Клиника, диагностика, лечение. / Под ред. А.М. Вейна.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. - 752 с.
7. Спринц А.М., Ерышев О.Ф., Шатова Е.П., Филиппова И.Н. ПСИХОТИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: руководство для врачей.-СПб : СпецЛит, 2007. - 253с. ; ил.
8. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА : руководство для врачей / под ред. В.И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит, 2008, -335 с.: ил.
9. Парценьяк С.А. СТРЕСС. ВЕГЕТОЗЫ. ПСИХОСОМАТИКА.-СПб.: А.В.К., 2002.-384 с.
10. Мариллов В.В. ПСИХОСОМАТОЗЫ. Психические заболевания желудочно – кишечного тракта.- М. :Миклош, 2010.-154 с.
11. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах – Хофман К. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ. – СПб., Издание Санкт- Петербургского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2000. – 287 с.
12. ПСИХОДИАГНОСТИКА. Справочник практического психолога. / под общ. ред. С.Т.Посоховой. М. : АСТ; СПб.: Сова, 2005.-671 с.:ил., стр.175-181.
13. ПСИПРОФИЛЬ. Профессиональные психологические тесты. Версия 4.01 от 14.03.2011 г. для локальных ПК. Институт Психологии РАН., подразделение «Когито-Центр».
14. Табидзе А.А. Об эффективности использования модифицированного теста Кэттелла в психотерапевтической практике». Журнал «ПСИХОТЕРАПИЯ», 2013 г., №6 (126), стр. 37-43.
15. ПСИПРОФИЛЬ. Профессиональные психологические тесты. Версия 4(t) от 14.04.2014 г. для локальных ПК. Институт Психологии РАН., подразделение «Когито-Центр» (Модификация Табидзе А.А.)
16. Табидзе А.А. «О возможностях приборной диагностики» Журнал «ПСИХОТЕРАПИЯ», 2010, №4, (88), стр.29-34.
17. Березин Ф.Б., Мирошников М.П.,Соколова Е.Д. МЕТОДИКА МНОГОСТОРОННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ. – М.: Издательство «БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ», 2011. -320 с.
18. Собчик Л.Н. ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Издательство «Речь», 2008. -624 с.: ил.
19. ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ / Под ред. Александрова А.А. – СПб.: Питер, 2008. – 284 с.: ил.
20. Макаров В.В. Горизонты психотерапии. Журнал « ПСИХОТЕРАПИЯ», 2011, №10, стр.47-53.
21. Востриков А.А. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. Книга 1. Теоретические положения и концепции. Монография. Издательство «Продуктивная педагогика», Томск,2008, - 260 с.
22. Востриков А.А., Табидзе А.А. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. Книга 2. Курс психотехники. Учебное пособие, Издательство «Продуктивная педагогика», Томск, 2008. – 236 с.
23. Востриков А.А., Табидзе А.А. Аутогенная тренировка №1«РАССЛАБЛЕНИЕ И РЕЛАКСАЦИЯ», Разрешение РАО №1609 от 14 августа 2001 г.
24. Табидзе А.А. Аутогенная тренировка №2 «УРАВНОВЕШЕННОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ К СТРЕССУ» Разрешение РАО № 1610 от 14 августа 2001 г.
25. Табидзе А.А. О формировании мотивации учителей музыки к музыкотерапии. Материалы VI Международной научно-практической конференции « Музыкалотерапия в музыкальном образовании», 27-29 мая 2013 г., г. Санкт-Петербург, www.appl.ru/files/tabidze.pdf.

