

"ЗА ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, СЕМЬИ, НАЦИИ"



**ПСИХОТЕРАПИЯ, СИМВОЛДРАМА, ПСИХОАНАЛИЗ,
ПРАКТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ,
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ.
ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**



**МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

14-15 ноября 2005 года

НОВОКУЗНЕЦК - 2005

УДК 615.851
ББК 55.57

ГОУ ДПО Новокузнецкий институт усовершенствования врачей
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и наркологии
Межрегиональная общественная организация содействия развитию символдрамы (МОО СРС)
МЛПУ «Центр медицинской профилактики» г. Новокузнецка
Национальная федерация психоанализа (НФП)
Сибирская ассоциация психоаналитиков (САП)

Главный редактор: А.И. Ковьлин
Ответственный редактор: А.А. Зданович
Редколлегия: Я.Л. Обухов, О.И. Хвостова, А.Н. Басов,
Н.Б. Сосновская, Е.С. Манюкова, И.Л. Левина, С.А. Конищев

Для больных распространенным остеохондрозом характерна выраженная психическая и социальная дезадаптация, состояние общего стресса, наличие личностных деформаций и невротических расстройств, обширная ригидизация поведения.

Заключение. В основе этиопатогенеза остеохондроза позвоночника лежат неадекватные психологические механизмы переработки стресса, приводящие через соответствующие локализации патологического процесса эмоциональные нарушения, акцентуации, невротические расстройства и механизмы ригидности к нарастанию личностной и социальной дезадаптации у этих больных.

Список литературы

1. Березин, Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Рус. мед. журн. – 1998. – №2. – С.43-49.
2. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: Мед-пресс-информ, 2005. – 432 с.
3. Хабилов, Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А. Хабилов. – Казань: Медицина, 2002. – 472 с.
4. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
5. Залевский, Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г.В. Залевский. – Томск : Изд-во Томского университета, 1993. – 272 с.
6. Иовлев, Б.В. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): Методические рекомендации / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: Психоневрологический институт В.М. Бехтерева. Лаборатория клинической психологии, 1999. – 34 с.
7. Вассерман, Л.И. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР) / Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков и др. – СПб.: Психоневрологический институт В.М. Бехтерева. Лаборатория клинической психологии, 1998. – 38 с.

ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Я.В. Варлакова, В.Н. Кожевников, К.С. Карташова

Красноярский государственный университет (Красноярск)

Психическая ригидность является преимущественно прогностически неблагоприятным фактором терапии и реабилитации, а потому необходимо ее снижение [3]. Клинические примеры убеждают в необходимости интегративного биопсихосоциального подхода в вопросах диагностики и выбора лечебной тактики [2]. Отмечено, что смертность при ишемической болезни сердца зависит от показателей аффективной ригидности в остром периоде болезни и суммарного показателя качества жизни этих больных, то есть изначально определяется психологическими факторами [1].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в ЖД больнице г. Красноярска в кардиологическом отделении. Всего обследовано 50 человек. Диагноз был поставлен в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра, F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» [4]. Клиническая картина заболевания была представлена разнообразными невротическими проявлениями на фоне диагноза ишемической болезни сердца, выставленного врачами.

Проведенное исследование включало следующие этапы: 1) психологическое тестирование; 2) проведение психотерапии; 3) психологическое ретестирование. Больные, в соответствии с соматическими показаниями, лечились традиционными средствами, а психотерапия использовалась дополнительно. Все обследованные пациенты получали сеансы гетеросуггестивной психомышечной релаксации с положительной эмоциональной эмагинацией на выздоровление (ГСМПР) (автор Кожевников В.Н., 1996) [6]. Это метод психотерапии, в течение которого путем гетеросуггестии систематически моделируется оптимальное настроение и психофи-

физиологическое состояние, формируется определенная матрица долговременной памяти в мозге человека на запуск саногенетических процессов. На фоне сформированного за счет внушения пациенту положительных эмоций, приятных физических ощущений и чувства социального благополучия, состояния психомышечной релаксации, осуществляется процесс когнитивного, эмоционального, психофизиологического научения, пациент приобретает опыт «внутренней модели здоровья», необходимый для изменения поведения, т.е. выздоровления.

Параллельно с оценкой психологических показателей проводилась экспертная оценка врачей, работающих с этими больными.

Психическая ригидность в этиопатогенезе невротических расстройств при ИБС исследовалась с помощью: опросника ММРІ; Томского опросника ригидности (ТОРЗ) [3]; опросника «Уровень невротической астении» (УНА) [5]. Результаты исследований были обработаны согласно общепринятым методам статистического анализа.

Результаты: До ГСПМР средний уровень невротической астении (УНА) у больных ИБС был равен 47 %, что подтверждало наличие невротического расстройства. Средние результаты ММРІ у больных находились на пограничном уровне выраженности (50 – 75 Т-баллов), с пиками в шкалах ипохондрии, шизоидности, паранойи, реактивности. Это определяло состояние больных на грани психологической дезадаптации, с зависимой от внешних факторов активностью, склонностью к застреванию на негативных переживаниях, аффектам. Результаты опросника ТОРЗ свидетельствовали о высоком уровне психической ригидности у больных ИБС. Существенный процент больных оказались патологически ригидны по невротическому типу (24 % больных) [3]. Согласно проведенному корреляционному анализу, больные были разделены на две группы по виду ригидности. Результаты показали, что обе группы больных значительно различаются в профилях УНА и ММРІ.

В первой группе больных ИБС наиболее высокие показатели интенсивности имели шкалы «симптомокомплекс ригидности» (СКР) (179,26) и «установочная ригидность» (УР) (43,16) при умеренных показателях остальных шкал ТОРЗ. Высокие показатели экстенсивности (ЭПР-1 – 16,4±3,4, ЭПР-3 – 5,6±3,7) свидетельствовали о том, что ригидность очень сильно выражена по ширине и менее сильно – по глубине поражения психики [3]. Установочная ригидность больных расценивалась, как отражение патологически фиксированной интровертированной регуляции поведения без опоры на объективные признаки. Такая ригидность была частично осознанна, компенсирована и долговременна, болезнь имела высокий риск хронизации.

В этой группе больных были достоверно ($p < 0,01$) выше показатели депрессии (68Тб), истерии (64Тб), шизоидности (63Тб) по данным ММРІ, что выдавало пассивность, со склонностью к уходу от реальности. Болезнь носила демонстративный характер, использовалась для стимуляции активности других. Оставалась актуальной ориентация на социальные нормы, что лишь маскировало фрустрированные эгоцентрические тенденции. Полученные данные согласовывались с результатами исследований Г.В. Залевского [3], и расценивались, как астеническая форма ригидности у больных ИБС.

Во второй группе у больных ИБС в ТОРЗ высокие показатели имели шкалы, имеющие эмоционально-физиологическую интерпретацию при умеренных остальных показателях: «сенситивная ригидность» (СР) – чрезмерно высокий уровень (58,76), «ригидность как состояние» (РСО) – высокий уровень (14,66). Очень высокая интенсивность ригидности в совокупности с высокими ее проявлениями именно по глубине (ЭПР-3 – 7,1±3,3) при более низких значениях ширины поражения (ЭПР-1 – 12,5±3,2) говорила о том, что ригидность у этих больных сильно захватывает личность в стрессе, однако структуры личности в целом готовы к адекватной реакции вне стрессовых ситуаций.

Эта форма ригидности у больных ИБС по данным ММРІ (пики на шкалах паранойя (71Тб), ипохондрия (67Тб), реактивность (65Тб)) сопровождалась ярко выраженной тенденцией к формированию навязчивостей как сенестопатического, аффективного, так и когнитивного плана. Ригидизация в этом случае происходила из-за трудности осознания мотивов своего поведения и утяжеления состояния. Этот вариант ригидности у больных опасен накоплением отрицательных эмоций, которые могли выходить всплесками аффекта и приводить к инфаркту. Согласно данным литературы, эта ригидность характеризуется, как стеническая [3].

Больные ИБС со стенической формой ригидности оказались более дезадаптированы по невротическому типу (59% УНА), чем больные с астенической ригидностью (40% УНА).

Проведенная психотерапия позволила больным снизить психическое и мышечное напряжение, которое удерживало в долговременной памяти неадаптивные стереотипы реагирования и реализовывалось через нарушения сердечно-сосудистой функции: после ГСПМР больные отмечали улучшение своего состояния.

После ГСПМР у больных второй группы нами установлено снижение показателей всех шкал ТОРЗ до низких и умеренных. Положительная динамика регистрировалась по данным ММРІ (паранойя (51Тб), реактивность (50Тб), ипохондрия (55Тб)) и УНА (0,4-17%). Наиболее значимым прогностически следовало считать снижение паранойальности (враждебности), как фактора смертности при ИБС [1]. Также значимо снижение психастении, как фактора риска развития сердечной недостаточности [1].

Выявлена негативная динамика в группе больных с астенической ригидностью. В этой группе после ГСПМР повысилась психическая ригидность до высоких значений ТОРЗ (СР-47б, СКР-163б, «преморбидная ригидность» (ПМР) -51б). Произошло обострение тенденции к фиксации поведения. По ММРІ увеличились показатели истерии (62Тб от 5б исходных), психопатии (57 Тб от 52 исходных). То есть, под влиянием ГСПМР больные переживали эмоционально-физиологическую стимуляцию, что на фоне установки на экономию, воспринималось ими отрицательно. Однако и в этой группе после ГСПМР снизились паранойя, шизоидность и психастения (до 50-55 Тб в среднем), то есть наблюдался отсрочено позитивный эффект ГСПМР.

Заключение: Таким образом, влияние ГСПМР вызывало в организме у пациентов, страдающих ИБС, на фоне невротических отклонений психики оздоравливающий эффект, который регистрировался на уровне сердечно-сосудистой системы и наблюдался по результатам психологических методик.

Выявлена определяющая роль психической ригидности в этиопатогенезе ИБС и ее влияние на форму протекания этого заболевания, а также на скорость излечения и качество психотерапии, которые определяются видом ригидности больного. Отрицательным признаком в оценке перспективы излечения больного ИБС, согласно полученным нами данным, является формирование у него когнитивной, частично осознанной формы психической ригидности. Тенденция ригидной личности избегать минимальных стрессовых нагрузок создает установку «на катастрофу», заранее увеличивая тяжесть неизбежных ситуаций изменения и повышая риск невротизации и соматоформных проявлений.

Список литературы

1. Романова, И.В. Особенности клинического течения инфаркта миокарда, психологического профиля и прогноз исходов у мужчин различных соматотипов: Автореф. дис. ... док. мед. наук / И.В. Романова – Красноярск, 2000. – 41 с.
2. Гарганеева, Н.П. Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца / Н.П. Гарганеев // Клиническая медицина. – 2002. – №8. – С.29-33.
3. Залевский, Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г. В. Залевский. – Томск: Изд-во Томского университета, 1993. – 272 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр / – М. : Медицина, 1995.
5. Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении (УНА) / Л.И. Васерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и др. – СПб., 1999. – 20 с.
6. Кожевников, В.Н. Психофизиологические корреляты адаптации спортсменов-саночников в условиях тренировочной и соревновательной деятельности: Дис. ... канд. мед. наук / В.Н. Кожевников. – Красноярск, 1996. – 198 с.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Обухов Я.Л. Развитие психотерапии по методу символдрамы в России</i>	3
<i>Ковылин А.И. «Профессиональное выгорание» – профессиональная деформация. Что первично?</i>	17
<i>Зданович А.А. Роль и место психотерапии в современном обществе</i>	21
<i>Зданович А.А. Священный столп. Огромный великан. Отвратительный урод. Новые символдраматические мотивы в лечении пограничных нервно-психических расстройств на фоне резидуально органической недостаточности ЦНС</i>	22
<i>Хвостова О.И., Хвостова И.С. Профилактика «Эмоционального выгорания» специалистов помогающих профессий методом психологического тренинга</i>	24
<i>Хвостова О.И., Лобыкина Е.Н. К вопросу о значении психотерапии в коррекции пищевого поведения</i>	26
<i>Москвитин П.Н. Психопрофилактические факторы позитивной психодрамы</i>	27
<i>Калашиникова Т.В., Хвостова О.И. К вопросу о распространенности депрессивных и тревожных нарушений у телеутов кемеровской области</i>	30
<i>Тихонов С.И. Эффективная стратегия достижения цели</i>	32
<i>Любичева Н.И. Психокоррекция наркозависимых и созависимых</i>	33
<i>Лизунова Д.А. Психологическая коррекция с использованием метода символдрамы в работе с детьми, лишенными попечения родителей</i>	34
<i>Шановалова Т.С. Особенности символизации у пациентов пограничного отделения</i>	37
<i>Ветлугина Т.П. Проблема вторичной иммунной недостаточности при психических расстройствах</i>	40
<i>Решетников М.М. Кризисная интервенция и дебрифинг при массовой психической травме</i>	42
<i>Короленко Ц.П. Расширение терапевтических подходов при психических расстройствах</i>	44
<i>Юсан Е.В., Аксенов М.М. Особенности хронических психотравмирующих факторов у мужчин и женщин с расстройствами личности</i>	45
<i>Сарычева Ю.В., Ласовская Т.Ю. Возможности скрининговой диагностики синдрома эмоционального выгорания среди врачей</i>	46
<i>Загоруйко Е.Н. Тревожные и депрессивные расстройства в психиатрической и общесоматической практике</i>	47
<i>Ласовская Т.Ю., Брост Е.П., Джулай Л.В., Байкалов А.А. Социально-демографические характеристики больных с поясничным остеохондрозом</i>	51
<i>Виноградов А.З., Андриевский Б.П. Психогигиена и психопрофилактика для специалистов социальной медицины</i>	53
<i>Кожевников В.Н., Карташова К.С., Варлакова Я.В. Психологические особенности как механизм этиопатогенеза остеохондроза позвоночника</i>	55
<i>Варлакова Я.В., Кожевников В.Н., Карташова К.С. Психическая ригидность в этиопатогенезе и лечении невротических расстройств в кардиологической клинике</i>	57
<i>Басов А.Н., Басова Л.А. Сравнительный анализ содержания сценарных матриц больных основными формами невротических расстройств</i>	60
<i>Левина И.Л. Мониторинг психического здоровья детского населения</i>	61
<i>Сосновская Н.Б. Философско-духовная основа телефонного психологического консультирования</i>	66
<i>Никитинская Л.В. Супервизия – путь к себе</i>	68
<i>Манюкова Е.С. Акмеологическое консультирование – технология поддержки личностно-профессионального развития специалиста</i>	70
<i>Зданович О.В., Зданович А.А. Психологическая помощь в адаптации подростков. «Школа саногенного мышления»</i>	72
<i>Лебедькова Л.Н. Вопросы комплексной психологической помощи в девиантном материнстве</i>	75
<i>Штеле К.М. Пути восстановления и укрепления здоровья</i>	77
<i>Балабаева Н.А. Индивидуация, как цель юнганского анализа, в образах начальных сновидений</i>	81

**ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и наркологии**

**На кафедре проводится повышение квалификации
на циклах общего и тематического усовершенствования:**

- **Основы психотерапии, медицинской и практической психологии
{для врачей, психологов, социальных работников}**
- **Актуальные вопросы психотерапии, медицинской и практической психологии
{ для врачей, психологов}**
- **Психотерапия. Сертификационный
{для врачей психотерапевтов и психиатров со стажем работы более 5 лет}**
- **Наркология. Сертификационный
{для врачей, наркологов, психотерапевтов, и психиатров
со стажем работы более 5 лет}**
- **Основы семейной психотерапии
{для врачей психотерапевтов, психиатров, педиатров, терапевтов, психологов}**

На кафедре проводится профессиональная переподготовка

Подробная информация:

**654005, г. Новокузнецк, Кемеровской обл.,
пр. Строителей – 5, Новокузнецкий ГИУВ**

☎ (8-3843) 45-56- 01

E-mail:- postmaster@giduv.nkz.ru