

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

**«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П.
Астафьева»**

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Новосад Татьяна Алексеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Психологическая коррекция непсихотических расстройств

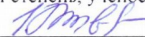
Направление подготовки 37.04.01 Психология,
Направленность (профиль) образовательной программы
Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор С.Н. Шилов

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)



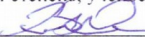
9.12.2019

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.псих.н., доцент Н.Ю. Верхотурова

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)



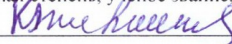
9.12.2019

(дата, подпись)

Научный руководитель

д.м.н., профессор Т.А. Кожевникова

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)



9.12.2019

(дата, подпись)

Обучающийся

Т.А. Новосад

(фамилия, инициалы)



9.12.2019

(дата, подпись)

Красноярск, 2019

Содержание

Введение	3
Глава 1. Теоритические подходы в исследовании непсихотических психических расстройств и способов их коррекции	8
1.1. Влияние эмоционально – личностной сферы на возникновение непсихотических расстройств.....	8
1.2. Теоретические сведения и механизмы возникновения непсихотических расстройств.....	23
1.3. Современное состояние исследований в области психологической коррекции непсихотических расстройств.....	38
Глава 2. Организация и методы исследования	48
2.1. Характеристика клинического материала.....	48
2.2. Методика психотерапии «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация (ГСПМР) с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление».....	49
2.3. Методы психологического тестирования.....	56
2.4. Методы статистической обработки.....	60
Глава 3. Результаты исследования	61
3.1. Исследование психологических предикторов возникновения непсихотических расстройств.....	61
3.2. Особенности изменения психологического состояния у пациентов с непсихотическими расстройствами под влиянием психологической реакции.....	65
3.3. Динамика степени выраженности невротических проявлений у респондентов, страдающих непсихотическими расстройствами после психологической коррекции.....	68
Заключение	78
Список литературы	79
Приложения	88

Введе

Актуальность исследования. Актуальность данного исследования обусловлена тем, что и анализ природы социогенных влияний и механизмов личностного реагирования на них приобретает важнейшее значение, особенно в рамках специальной психологии и психиатрии (Семке В.Я., 2010; Аксенов М.М., 2006; Куприянова И.Е., 2005). По данным Минздрава за 2018 год из самых распространенных психических расстройствах у россиян на первом месте оказались расстройства непсихотического характера, которые диагностированы у 2 000 647 пациентов (в 2012 году - у 2 090 683 человек). При непсихотических расстройствах пациент, в целом, адекватно оценивает окружающую обстановку, стремится соответствовать социально принятым нормам, может отдавать себе отчет в том, что болен. К ним относятся, в частности, депрессивные, маниакальные и невротические расстройства[39].

Такие заболевания нередко связаны с психотравмирующими обстоятельствами и личностными характеристиками больного, такие расстройства наиболее характерны для людей молодого и среднего возраста.

Происходящий в настоящее время рост числа пограничных состояний во многом определяется социально-экономическими преобразованиями в обществе, что приводит к формированию «ноогенных» неврозов и личностных девиаций (Александровский Ю.А., 2015; Аксенов М.М., 2011).

Среди факторов, способствующих личностной дезинтеграции, следует отметить значительное расслоение населения, усложняющиеся межличностные (в том числе этнические) конфликты, экологическое неблагополучие, семейно-бытовую неустроенность (Карвасарский Б.Д., 2016).

В связи с чем, дальнейшая разработка методов диагностики и коррекции непсихотических расстройств, базирующихся на принципах клинической психологии и способствующих повышению социальной адаптации пациентов с пограничными расстройствами, заслуживает особого внимания.

Современные научные исследования (Менделевич В.Д., 2008; Залевский Г. В., 2006; Александровский Ю.А., 2015), указывают на то, что 80% всех выявленных патологий страдают именно пограничными формами нервно-психической патологии, необходимость психопрофилактики этой патологии в охране психического здоровья нации становится очевидной.

Различные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия ведут к дестабилизации психических функций организма, которые проявляются как на донологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-деадаптации, так и на нозологическом уровне пограничных психических расстройств, клинические формы которых отличаются всевозрастающим многообразием (Александровский Ю.А., 2005; Семке В.Я., 2010). Сложной, но актуальной в клинической психологии представляется проблема лечения и профилактики непсихотических расстройств, связанная не только с предупреждением заболеваний, но и с разработкой дифференцированных методов профилактики, прогнозирования и коррекции причин, формирующих факторы риска развития патологии.

Проблема исследования заключается в исследовании психологических предикторов возникновения непсихотических расстройств, выявлении влияния механизмов психологической коррекции непсихотических расстройств на примере методики «Психомышечной релаксации (ГСПМР) с позитивной эмоциональной имажинацией на выздоровление» для разработки и апробирования показаний для проведения психологической коррекции в психологической практике, основываясь на выявленных изменениях.

Цель исследования. Изучить механизмы психологической коррекции при непсихотических расстройствах на примере методики «Психомышечной релаксации (ГСПМР) с позитивной эмоциональной имажинацией на выздоровление»

Объект исследования. Непсихотические психические расстройства.

Предмет исследования. Особенности динамики психического состояния и выраженности невротических расстройств у пациентов с непсихотическими расстройствами под влиянием психологической коррекции.

Гипотеза исследования. Выявленная динамика изменения психологического статуса у пациентов с непсихотическими расстройствами под влиянием психологической коррекции будет способствовать более эффективной реабилитации этой группы пациентов.

Задачи исследования:

1. Провести научный поиск по теме диссертации.
2. Исследовать психологические предикторы возникновения непсихотических расстройств.
3. Установить эффекты влияния психомышечной релаксации на психическую сферу у пациентов с непсихотическими расстройствами с использованием многомерной диагностики психического состояния.
4. Выявить влияние психологической коррекции на степень выраженности невротических расстройств.
5. Разработать и апробировать показания для проведения психологической коррекции в психологической практике, основываясь на выявленных изменениях.

Методологические основы исследования:

- Теоретическое обоснование функционирования «индивидуального барьера психической адаптации», реализующегося при участии биопсихосоциальных механизмов (А.Ю. Александровский 2009);
- Концепция «социально-стрессовых расстройств», развивающихся под влиянием неблагоприятных макросоциальных факторов (Ю.А. Александровский 1976, 2006);
- Концепция фиксированных форм поведения (Г.В. Залевский 2007);
- Закономерности взаимодействия экзэкологических (в том числе радиационных) и эндэкологических (соматических и психических) факторов

в формировании пограничных нервно-психических расстройств на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях (В.Я. Семке 2006,2010 и др.)

Психодиагностические методики:

1. Методика многомерной диагностики психического состояния и его динамики – «Миннесотский многошкальный личностный опросник (MMPI-566)»
2. Методика диагностики психопатологических проявлений – «Опросник невротических и невротоподобных расстройств (ОНР)».
3. Метод статистической обработки и анализа данных – пакет « STATISTIKA», версия 5.0 для Windows.

Психокоррекционные методики:

1. Методика «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация с позитивной эмоциональной эмажинацией на выздоровление (ГСПМР)»

Организация исследования.

Исследование выполнено на базе психотерапевтического кабинета краевой клинико-диагностической клинической больницы.

Проведенное исследование включало следующие этапы:

- 1) психологическое тестирование;
- 2) психологическую коррекцию.

Общее число обследованных пациентов с невротами составило 25., в т.ч. практически здоровых –16.

Этапы проведения исследования. Исследование проводилось в период с 2017г. по 2019г. и осуществлялось в пять этапов:

Первый этап (ноябрь 2017 – январь 2018) – анализ литературы по проблеме исследования.

Второй этап (февраль 2018 – март 2018) – формулирование проблемы и гипотезы исследования, определение его теоретических основ, целей и

задач; уточнение объекта и предмета исследования; разработка экспериментальных планов.

Третий этап (апрель 2018 – декабрь 2018) – подбор диагностического инструментария для экспериментального изучения и выявления особенностей динамики психического состояния и выраженности невротических расстройств у пациентов с непсихотическими расстройствами на основании отобранных диагностических методов и методик. Анализ результатов исследования.

Четвертый этап (январь 2018 – июнь 2019) – исследование психологических предикторов возникновения непсихотических расстройств, установление эффектов влияния психомышечной релаксации на психическую сферу у пациентов с непсихотическими расстройствами, выявление влияния психологической коррекции на степень выраженности невротических расстройств.

Пятый этап (июль 2019 – ноябрь 2019) – обработка результатов, оценка разработки и апробирования показаний для проведения психологической коррекции в психологической практике, основываясь на выявленных изменениях.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что его результаты позволят расширить и углубить научные представления в области особенностей динамики психического состояния и выраженности невротических расстройств у пациентов с непсихотическими расстройствами под влиянием психологической коррекции.

Практическая значимость исследования определяется предложенным способом психологической коррекции непсихотических расстройств – методикой психомышечной релаксации, которая позволяет, посредством комплексного оздоравливающего эффекта, направленного на гармонизацию состояния нервной системы, восстановить психологические показатели[24].

На основе полученных исследований в ходе методики психомышечной релаксации обоснованы, расширены и внедрены в практику клинической

психологии критерии, указывающие на успешность коррекции невротических расстройств.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы в количестве ... источника, приложения. Включает 6 графиков.

Глава 1. Теоретические подходы в исследовании непсихотических психических расстройств и способов их коррекции.

1.1. Влияние эмоционально – личностной сферы на возникновение непсихотических расстройств.

Эмоционально-личностная сфера — особый класс психических процессов и состояний, связанных с инстинктами, потребностями, мотивами отражающих в форме непосредственного переживания (удовлетворения, радости, страха) значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Сопровождая практически любые проявления активности субъекта, эмоции служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей (П.В. Симонов, 2007; М. Н. Русалова, 2006).

Однако функцию регуляции поведения эмоции выполняют не прямо, а через мотивы, причем нередко мотивы собственного поведения остаются для человека неосознанными. Эта особенность эмоционально-личностных явлений - их тесная связь со сферой бессознательного - также составляет важнейшую специфику эмоций (А.Н. Леонтьев, 2005).

Единой общепринятой теории эмоций на данный момент не существует, она заменена многочисленными подходами к их изучению, классификации, детерминированию. В отечественной психологии можно выделить следующие подходы.

С позиции деятельностной обусловленности всех психических явлений эту проблему разрабатывали А.Н. Леонтьев, В.К. Вилюнас, О.К. Тихомиров. В этом отношении эмоции можно характеризовать как внутренние регуляторы деятельности.

А.Н. Леонтьев указывает, что особенность эмоций состоит в том, что они непосредственно отражают отношения между мотивами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности. При этом в качестве регуляторов деятельности выступают не просто эмоции, а «значимые переживания», отражающие личностный смысл выполняемой деятельности. Эмоции осуществляют положительное и отрицательное подкрепление не отдельных этапов деятельности, а общего соотношения достигнутых в деятельности результатов с ее мотивами и целями[31].

Эмоции представляют собой сложные системные психологические образования, включенные в различные виды психической деятельности и базирующиеся на разных потребностях. Качественная специфичность эмоций во многом зависит от тех потребностей, на базе которых они формируются. Человеку кроме относительно элементарных эмоций, связанных с витальными потребностями, присущи и сложные, социально опосредованные эмоции, формирующиеся на базе социальных потребностей.

В соответствии с представлениями таких авторов, как Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, В.К. Вилюнас, одной из самых важных характеристик эмоций является их связь с познавательными процессами. В своих работах Л.С. Выготский указывает на необходимость изучения взаимосвязи «аффекта и интеллекта». В работах С.Л. Рубинштейна, В.К. Вилюнаса и других авторов сформулированы общие положения о неразрывном единстве эмоций и познания, согласно которым в различных видах познавательной деятельности, направленных на отражение объективной реальности, эмоции выполняют оценочную и побудительную функции, отвечая за пристрастность познавательной деятельности и ее целенаправленность. Поэтому в любой деятельности (мнестической,

гностической, интеллектуальной) эмоции выступают как мотивирующие, запускающие компоненты этой деятельности и в то же время контролируют, регулируют ее протекание в соответствии с той потребностью, с которой она связана[43].

Из других направлений в отечественной психологии можно упомянуть П.К.Анохина, К.В. Судакова, подходивших к проблеме эмоции с точки зрения общей теории функциональных систем, а также П.В. Симонова, рассматривавшего эмоции в рамках информационного подхода.

Эмоции бывают положительными и отрицательными, т. е. могут отражать удовлетворение и неудовлетворение. Аффективные переживания всегда имеют внешние проявления (поза, жесты, мимика, интонация голоса), могут наблюдаться вегетативные симптомы (тахикардия, колебания артериального давления, потливость). По длительности существования и интенсивности эмоций выделяют также настроение (состояния с относительно устойчивым эмоциональным фоном).

Аффект проявляется в виде интенсивной эмоциональной кратковременной реакции на возникшую стрессовую ситуацию. В судебной психиатрии часто приходится дифференцировать аффект физиологический и патологический.

При физиологическом аффекте эмоциональная реакция соответствует возникшей ситуации по силе и качеству. Человек в таком состоянии может руководить своими действиями, правильно ориентируется в ситуации и собственной личности, помнит происходящее в деталях.

При **патологическом аффекте** ответная реакция не соответствует по силе первопричине. Сознание аффективно сужено, человек не критичен к своим поступкам и к ситуации. Возникновению патологического аффекта способствуют длительно существующая психотравмирующая ситуация, переутомление, наличие органической патологии со стороны головного мозга. В таком состоянии больные могут совершать суицидальные попытки, быть опасными для окружающих. После выхода из этого состояния у

больных сохраняются отрывочные воспоминания о том, что с ними происходило.

Виды расстройств эмоций.

Гипертимия (мания) проявляется в виде неадекватно повышенного фона настроения, который сопровождается повышенным стремлением к деятельности, переоценкой своих возможностей, двигательно-речевым возбуждением.

В современной психологии принято выделять основные (или базальные) и высшие эмоции. Согласно К.Изарду, к числу базальных эмоций относятся радость, горе, страх, гнев, интерес, отвращение, презрение, удивление, стыд, вина. Другие авторы называют меньшее количество базовых эмоций, причем общепризнанного списка базальных эмоций не существует. Эти эмоции рассматриваются большинством авторов как врожденные, присущие всем, независимо от национальной или половой принадлежности, возраста или культуры. Их рассматривают как некие межкультурные феномены. **Эйфория – состояние немотивированного благодушия в сочетании с пассивностью. Стремления к деятельности нет, характерно пассивно-созерцательное состояние. Отмечается при наркотическом опьянении, сифилисе, туберкулезе легких.**

Мория – состояние приподнятого настроения с оттенком детскости, дурашливости. Часто сопровождается нелепыми поступками, неадекватной мимикой. Наблюдается при органической патологии лобных долей головного мозга.

Дисфория – немотивированное состояние злобно-раздражительного аффекта («не тронь меня»). Встречается при органической патологии головного мозга, при эпилепсии («дурные дни эпилептика»). Больные стараются отдалиться от людей. Может отмечаться как аура припадка и как самостоятельный пароксизм.

Амбивалентность (двойственность) эмоций. У больных одновременно возникает два противоположных чувства, например любовь и

ненависть («обнять и придушить»). Характерна для шизофрении, для детей и женщин истерического склада характера.

Слабодушие – недержание аффекта. Характерны реакции в виде умиления, смеха или плача по незначительным поводам (трогательные сцены, увиденные по ТВ, прочитанные в книгах, воспоминания). Встречается при органической (сосудистой) патологии головного мозга.

Эмоциональная лабильность (неустойчивость) – легкий переход от хорошего настроения к плохому. Смена аффекта может происходить по любому незначительному поводу. Состояние характерно для невротических синдромов, соматогенных астений, органической патологии головного мозга, абстинентных состояний. Может сочетаться со слабодушием.

Эмоциональная холодность (тупость) проявляется в снижении аффективного резонанса на события окружающего мира и собственное состояние. Относится к психонегативным симптомам, характерным для шизофрении.

Эмоциональная неадекватность. При этом нарушении эмоциональные реакции не соответствуют ситуации в качественном или количественном соотношении. Для больных шизофренией характерны эмоциональные реакции по типу дерева и стекла, когда какие-нибудь мелочи вызывают бурные аффективные проявления, и наоборот, более эмоционально значимые для здоровых людей ситуации оставляют больных совершенно равнодушными. Однако в первую очередь о неадекватности аффекта говорят в тех случаях, когда у больных на смерть родственников возникают чувства радости, восторга («фамильная ненависть»).

Вязкий аффект – сильный продолжительный аффект, не поддающийся отвлечению при новых впечатлениях. Характерен для больных эпилепсией, чаще возникает в виде аффекта злобы, неприязни.

Застойный аффект (аффективное оцепенение) – состояние резкого эмоционального напряжения, не получающее разрядки в действиях. Характерны состояния злобы, страха.

Гипотимия (тоска) – эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности, как правило, сопровождается угнетением всех психических процессов. Свойственно снижение самооценки. Входит в структуру депрессивных и невротических синдромов.

Кататимия (аффективное мышление) – искажение объективной оценки предметов и явлений за счет эмоциональной подоплеки. Мыслительный процесс не опирается на реальные факты и события, а подвластен господствующим в данный момент переживаниями. Преломление всего через чувства, часто наблюдается у онкологических больных.

Апатия – выраженное или полное безразличие к окружающему и к себе. Паралич эмоций сопровождается бездеятельностью, отсутствием побуждений, желаний.

Может развиваться постепенно, при этом апатическое отношение возникает к вещам, которые непосредственно не затрагивают интересов больного. При крайней степени развития состояние достигает апатического ступора. Может быть преходящим явлением (тяжелое депрессивное состояние, приступообразная шизофрения) или необратимым расстройством (при дегенеративных процессах в головном мозге, при конечной стадии шизофрении).

Депрессивные состояния

Депрессия – состояние, сопровождаемое аффектом тоски (гипотимией), заторможенностью мышления и снижением двигательной активности (депрессивная триада). В классификации по происхождению депрессий выделяют следующие виды.

Реактивная депрессия. Проявляется как реакция на негативные внешние раздражители. Всегда четко связана с психотравмирующей ситуацией. Может редуцироваться тут же после устранения причины (если есть такая возможность).

Эндогенная (аутохтонная) депрессия наступает вследствие нарушения нейромедиаторного обмена в головном мозге. Описана как психотическая депрессия.

Сюда же относится инволюционная депрессия, которая возникает в пресенильном и сенильном возрасте. По степени выраженности (глубине) депрессивных состояний выделяют невротическую и психотическую депрессии.

Невротическая депрессия. Ведущим симптомом является нерезко выраженный аффект тоски с оттенком грусти, подавленности, легкой тревоги, пессимизма. Также отмечается снижение волевой (чувство вялости, усталости) и мыслительной (снижение продуктивности, ухудшение запоминания, затруднение в подборе нужных слов) активности, которое объективно малозаметно. Идеи самообвинения отсутствуют, наоборот, больные более склонны обвинять окружающих в своих неудачах. Указанные расстройства достигают скорее уровня субдепрессии.

Критика к своему состоянию полностью сохранена. В возникновении депрессивного расстройства иногда прослеживается связь с психотравмирующей ситуацией. Наиболее важным условием для формирования депрессивного синдрома является личностная предрасположенность. Характерны заметные колебания настроения в течение суток.

Психотическая депрессия (большое депрессивное расстройство)– депрессия классического типа, характерна для депрессивной фазы маниакально-депрессивного синдрома.

Аффект тоски достигает степени крайне тягостного для больного состояния. Характерна пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего, достигающая степени сверхценных идей самообвинения или депрессивного бреда.

Содержание бредовых (бред греховности, самообвинения, ипохондрического содержания) идей как бы вытекает из эмоциональной

патологии. Если бредовые идеи тематически не связаны с аффектом и отмечаются как самостоятельное явление (бредовые идеи преследования, отношения), тогда говорят о наличии у больного депрессивно-параноидного синдрома.

Очень часто у больных возникают суицидальные идеи, которые они стремятся реализовать. Заторможенность мышления может достигать степени моноидеизма (как правило, это мысль о самоубийстве).

Двигательные расстройства проявляются в виде субъективно ощущаемых затруднений при совершении двигательных актов, тяжести во всем теле. Больные редко и с трудом передвигаются, характерна шаркающая медленная походка мелкими шагами. Выражение лица скорбное (верагутовская складка – кожная борозда на лбу между бровями), тоскливое, застывшее.

Двигательная заторможенность может достигать состояния депрессивного ступора. При психотической депрессии отмечаются сомато-вегетативные расстройства в виде повышения тонуса симпатического отдела ЦНС: тахикардия, мидриаз, запоры (триада Протопопова). Характерна сухость слизистых оболочек (плач без слез).

Аппетит сильно снижен, вплоть до анорексии, иногда по колебаниям массы тела судят о динамике депрессии.

Расстройства сна наблюдаются в виде нарушения засыпания, отсутствия чувства отдыха после сна, может отмечаться повышенная сонливость днем. Продолжительность депрессивного расстройства исчисляется месяцами.

Редукция депрессии неравномерна, обычно в первую очередь исчезают двигательные и волевые нарушения, что приводит к повышенной суицидоопасности. В этих случаях они могут быть опасными не только для себя, но и для окружающих, поскольку склонны совершать расширенные самоубийства. Депрессивные состояния могут диссимулироваться, больные скрывают свои переживания, считают себя недостойными помощи.

Соматизированная (маскированная, ларвированная) депрессия

Ведущим является сомато-вегетативный компонент. Жалобы на плохое настроение обычно отсутствуют, больные склонны обращаться к врачам соматического профиля. Аффект тоски выражен несильно и часто может расцениваться как вторичное явление в ответ на соматическую патологию.

Наиболее часто отмечается синдром «предсердечной тоски». Больные жалуются на боли в сердце, перебои, аритмии, ощущаемые экстрасистолы, ощущение нехватки воздуха, головные боли, нарушения сна.

На втором месте по встречаемости отмечаются жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (нарушение перистальтики – запоры или диарея; неприятные ощущения в области желудка, печени, поджелудочной железы; тошнота, рвота).

Соматические расстройства обычно более выражены утром, хорошо поддаются терапии антидепрессантами.

Тревожные (ажитированные) депрессии. Наиболее характерный вариант инволюционной депрессии. Аффект тоски сопровождается аффектами тревоги и страха. Больные находятся в постоянном предчувствии надвигающейся беды, катастрофы. Содержание тревожных переживаний носит либо полностью беспредметный (диффузный) характер, либо обыденно или навеяно разговорами с окружающими или средствами массовой информации.

Двигательной заторможенности нет, наоборот, отмечается речедвигательное возбуждение, больные причитают, не могут усидеть на месте. В крайних случаях такого возбуждения говорят о меланхолическом раптусе: больные с криками, причитаниями, стереотипными тревожными выкриками или визгом мечутся по коридору, катаются по полу. В этот момент они крайне суицидоопасны, могут наносить себе тяжелые увечья (с разбега бьются головой о стену, наносят множественные глубокие ножевые ранения).

Больные требуют неотложной медицинской помощи (тизерцин, амитриптилин, транквилизаторы инъекционно).

Анестетическая депрессия. Депрессивный аффект редуцирован. Больные жалуются на полное, мучительное отсутствие каких-либо переживаний (*anaesthesia psychica dolorosa*). Нередко возникает ощущение измененности окружающего – мир теряет краски, звуки слышатся приглушенными, нередко кажется, что время замедлило свой ход (меланхолическая дереализация).

Адинамическая депрессия. Ведущим симптомом является тоска, переживаемая больным как безразличие. В отличие от анестетической депрессии, больные от этого не страдают. Волевая активность снижена, больные не следят за собой, безразличны к своему внешнему виду. Характерны жалобы на вялость, чувство физического бессилия.

Маниакальный синдром. Для маниакального синдрома характерно наличие повышенного настроения, аффекта радости и счастья, ускоренного темпа мышления с характерной отвлекаемостью и легкостью образования ассоциаций, повышенным стремлением к деятельности.

При мании ускоряются все психические и физические процессы. У больных оживлена мимика и пантомимика, они выглядят моложе своих лет. Движения быстрые, пластичные, гибкие, чувство усталости отсутствует даже при больших физических нагрузках. У больного возникает ощущение полного психического и физического благополучия, игнорируются соматические заболевания.

Речь становится громкой, быстрой, эмоциональной, часто перемежается стихами, песнями. При выраженном возбуждении может отмечаться речь взхлеб, мысли не высказываются до конца, поскольку очень быстро сменяют друг друга. Окружающий мир воспринимается больным ярче, все окружающие люди кажутся счастливыми, негативная информация не воспринимается.

Облегчаются процессы запоминания и воспроизведения.

Характерна переоценка своих физических и интеллектуальных возможностей. Больные строят далеко идущие жизненные планы, деятельны, однако ничего не доводится до конца, поскольку в голове возникает множество идей, которые больной стремится воплотить в жизнь. Отмечается отсутствие чувства меры, такта, ситуации. Больные склонны тратить огромные суммы денег на различные ненужные покупки.

Сон нарушен, как правило, он короткий и глубокий, больные поздно ложатся и рано пробуждаются, но всегда чувствуют себя бодрыми и отдохнувшими. Может отмечаться бессонница, потребность в сне у таких больных иногда полностью отсутствует.

Аппетит иногда может быть повышенным.

Сексуальное влечение обостряется (особенно у женщин).

Продолжительность течения маниакального синдрома исчисляется несколькими неделями или несколькими месяцами.

Маниакальный синдром может доходить до своей крайней степени в виде маниакального неистовства (*furore maniacalis*). При этом психомоторное возбуждение сопровождается спутанностью сознания.

Гипоманиакальный синдром. Симптоматика менее выражена в отличие от таковой при маниакальном синдроме. Переоценка своих возможностей не доходит до образования бредовых идей величия.

Двигательная активность и отвлекаемость менее выражены, поэтому больные зачастую продуктивны в своей деятельности. Грубых поведенческих расстройств не отмечается. Для большинства окружающих больные выглядят просто веселыми, общительными и деятельными людьми.

Психотическая форма маниакального синдрома. О психотической форме маниакального синдрома говорят в тех случаях, когда к аффективным расстройствам присоединяются бредовые идеи величия, богатства, изобретательства.

Если содержание бредовых идей не соответствует аффекту (идеи воздействия, преследования, отношения), то говорят о параноидно-маниакальном синдроме.

Атипичные варианты:

Гневливая мания. На фоне возбуждения может возникать бурный аффект гнева. Больной не терпит каких-либо ограничений, возражений, разумных объяснений, становится конфликтным и раздражительным. Но этот аффект быстро угасает. Такое состояние характерно для органической патологии головного мозга и для инволюционных расстройств психики.

Смешанный аффект. Часто возникает на переходе фаз маниакально-депрессивного психоза. Наиболее часто отмечается состояние двигательной заторможенности в сочетании с аффектом радости и ускоренным мышлением (непродуктивная мания). Больные могут быть многоречивы, но маниакальный аффект отсутствует (мания без мании).

Понятие «эмоционально – личностная сфера» является очень расплывчатым, и в литературе чаще всего отсутствует четкое представление о психологической структуре "эмоционально-личностной сферы" или хотя бы о ее основных параметрах. В этом вопросе мы придерживаемся, мнения Хомской Е.Д., которая считает что эмоционально – личностная сфера включает в себя такие эмоциональные явления как эмоциональная реакция (или эмоциональный процесс), эмоциональные состояния и эмоционально-личностные качества(56). Эмоциональная реактивность – это кратковременный ответ на то или иное воздействие, имеющий преимущественно ситуативный характер, эмоциональные состояния в большей степени отражают общее отношение человека к окружающей ситуации, к самому себе, и больше связаны с его личностными характеристиками. К эмоционально – личностным качествам относятся те личностные качества человека, которые отражают его эмоциональные особенности – оптимизм, пессимизм, смелость, трусливость, агрессивность. Некоторые авторы в эмоционально – личностную сферу, помимо

перечисленных составляющих, включают «эмоциональный тон ощущений». Но мы будем придерживаться первоначального варианта структуры эмоционально – личностной сферы. Нас интересуют такие аспекты эмоционально – личностной сферы как эмоциональные состояния, личностные черты, отношение к окружению и собственным состояниям.

Чем выше эмоциональное возбуждение, тем качественнее человек выполняет свою работу. Эффективность действий возрастает. Постепенно эмоциональное возбуждение доходит до своего пика, который также известен как оптимальное эмоциональное состояние. Затем, если эмоциональное возбуждение продолжает расти, то эффективность выполнения работы снижается. Это подтверждается [законом Йеркса-Додсона](#). Он гласит, что существует оптимальный эмоционально-мотивационный уровень, к которому необходимо стремиться. Если эмоции превосходят эту планку, то у человека пропадает желание обучаться, он заинтересован только в результате. Появляется страх не получить этот результат. Слишком сильные эмоции становятся вашим врагом, они влияют на появление деятельности другого рода, концентрируют ваше внимание не на том, что нужно в данный момент.

Влияние эмоционально-личностной сферы отражает принцип, объясняющий влияние эмоций на человека, вытекает из закона силы И. П. Павлова. Закон гласит, что возбуждение может перейти в запредельное торможение, если на организм воздействуют сильные раздражители.

Один из наиболее сильных раздражителей – это волнение. Всем нам знакома ситуация, когда из-за волнения мы не можем сосредоточиться на выполнении работы, забываем элементарные вещи, которые ранее не вызывали сложностей. Например, первый полет курсанта летного училища будет проходить под строгим контролем командира, который озвучивает все действия по посадке самолета. Хотя курсант отлично знал всю процедуру, но из-за волнения все забыл. Деструктивное влияние может оказывать и радость. Слишком сильная радость от предстоящей победы может повлиять

на выступление спортсмена, и он покажет худший результат, чем мог бы показать.

Высокий уровень возбуждения положительно сказывается на выполнении простых действий. Человек бодрится, перестает быть вялым и пассивным. Средние по сложности дела должны сопровождаться средним возбуждением. А при выполнении серьезных задач стоит снизить влияние эмоций на деятельность человека, чтобы сделать их хорошо.

Если вы ощущаете высокий уровень возбуждения, то лучше не приступать к сложным заданиям. Переключитесь на то, что не требует серьезной мозговой деятельности. Уберитесь на столе, приведите в порядок бумаги. В спокойном состоянии стоит обратить внимание на более сложные дела. Так можно достичь максимальной концентрации внимания и эффективности.

Иногда повышенное возбуждение возникает во время трудового или учебного дня, когда необходимо выполнять сложные задачи. В этом случае нельзя стимулировать тревожность или напряжение. Постарайтесь снять перевозбуждение. Можно ненадолго переключиться на более простые действия, пошутить, использовать жесты поддержки, чтобы снять влияние эмоций. Этот принцип сходен с правилом движения по реверсивной полосе. Существует две группы эмоций. Первая – активные, положительные эмоции человека, также называемые стеническими. Сюда относятся те чувства, которые благоприятно влияют на организм, например, восхищение, радость, удивление. Вторая группа – это пассивные эмоции, также называемые астеническими. Скука, грусть, апатия, стыд. Они негативно сказываются на жизненных процессах нашего организма. Обе группы эмоций работают по принципу одностороннего движения.

Работа стенических эмоций происходит следующим образом. Если человек испытывает радость или удивление, то его мозг и другие органы получают дополнительное питание из-за расширения кровеносных сосудов. Человеку несвойственна усталость, наоборот, он старается больше работать,

находиться в движении. Нам знакома эта ситуация, когда радость вынуждает бегать, кричать, прыгать от восторга, громко смеяться и сильно жестикулировать. Мы ощущаем дополнительную энергию, силу, которая заставляет нас двигаться. Радостный человек чувствует прилив бодрости. Более того, расширение кровеносных сосудов стимулирует мозг на продуктивную работу. У человека могут возникнуть яркие и неординарные идеи, он быстрее думает и лучше соображает. Во всех областях наблюдается положительная роль эмоций в жизни человека.

Прямо противоположное влияние эмоций на человека наблюдается при астенических эмоциях. Кровеносные сосуды сужаются, из-за чего внутренние органы и, самое главное, мозг испытывают недостаток питания, анемию. Грусть (или другие астенические эмоции) стимулируют бледность кожи, снижение температуры. Человек может чувствовать озноб, затруднение дыхания. Естественно, что качество умственной деятельности снижается, возникает апатия и вялость. Человек теряет интерес к выполнению задач, медленнее соображает. Астенические эмоции провоцируют усталость и слабость. Появляется желание сесть, так как ноги перестают держать. Если пассивные эмоции оказывают долгосрочное воздействие на организм, то и все жизненные процессы начинают испытывать их негативное влияние (может возникнуть [депрессия](#), [выйти](#) из которой не всегда просто).

Правило одностороннего движения, о котором говорилось выше, работает в случае однозначных эмоций. У этого правила есть незначительные исключения. Но 90% однозначных эмоций могут либо снизить человеческий потенциал, либо увеличить его.

Но влияние эмоций на деятельность человека не может быть настолько простым. Существуют также неоднозначные эмоции, которые и выступают в качестве полос с реверсивным движением. Они могут обладать разной направленностью, от которой зависит, будет ли влияние на организм благоприятным или отрицательным.

Лучше понять принцип работы поможет такая эмоция как гнев. Если гнев используется в качестве психологического влияния на окружение, то эффективность работы группы и ее равновесие разрушаются. Изменяются эмоции и поведение человека в группе. Зато гнев может стимулировать внутреннюю силу человека, что наоборот, повышает эффективность его работы.

Гнев может оказывать положительное воздействие на конфликтные ситуации, когда они развиваются медленно. Он стимулирует появление разногласий, которые ранее не появлялись, не были обговорены. Гнев обостряет конфликт, что ведет к его разрешению.

Глава 1.2. Теоретические сведения и механизмы возникновения непсихотических расстройств

Непсихотические (невротические расстройства) являются аспектом малой психиатрии и относятся к пограничным нервно – психическим расстройствам. В развитии учения о невротических расстройствах можно проследить различные направления и подходы.

Учение о невротических расстройствах исторически характеризовалось двумя тенденциями. Одни исследователи исходили из признания того, что существование невротических феноменов полностью детерминировано определенными патологическими механизмами чисто биологической природы, хотя и не отрицают роли психической травмы в качестве пускового механизма и возможных условий возникновения заболевания (Федоров А. П., 2009). В этом направлении предприняты исследования электрофизиологических параметров: ЭЭГ, соматосенсорных ВП, контингентного негативного отклонения; нейроэндокринного статуса, состояния нейрогуморальных регуляторных механизмов и других физиологических показателей, которые позволили выявить нарушения гомеостаза интегративного характера (Ушаков Г. К., 2011). Последователи

второй тенденции в изучении природы невротических расстройств исходили из предположения о том, что вся клиническая картина невроза может быть выведена из одних лишь психологических механизмов (Мясищев В. Н., 1990). В данной парадигме выполнены работы, направленные на изучение интрапсихического конфликта и механизмов психологической адаптации при невротических нарушениях.

Концепций, теорий и подходов, описывающих механизмы возникновения непсихотических расстройств существует множество, вот некоторые из них. Представители психоаналитического подхода, рассматривают невроз как психическое заболевание в результате внутреннего конфликта между бессознательным и сознанием. Представители гуманистического психоанализа считают, что невроз - это проявление конфликта между внутренними человеческими потребностями и внешней социальной средой, побуждающей к принятию определенных социальных норм, препятствующих реализации внутренних потенций. Экзистенциальная концепция рассматривает неврозы как состояние экзистенциальной фрустрации при неудовлетворенности потребности в смысле жизни. Представители гештальт – психологии определяют невроз как состояние нарушения целостности личности и задержки личностного роста опосредованно через определенные социогенетические механизмы (проекция, интроекция и др.). Бихевиоризм рассматривает невротические расстройства как результат неправильного научения и формирования, таким образом, неадаптивного поведения. В контексте психологии деятельности (Леонтьев А. Н., 2005) невротические расстройства рассматриваются как следствие рассогласованности мотивов, ценностей, целей с требованиями среды и внутренними ресурсами человека.

Другой отечественный представитель, Мясищев В.Н., рассматривает непсихотические расстройства как психогенное заболевание, в основе которого лежит внутриличностный конфликт, нерационально разрешенный или вовсе не разрешенный, «нерационально и непродуктивно разрешенное

противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее для нее болезненно тягостные переживания». Основные клинические формы неврозов он связывал с внутриличностными конфликтами, и понимал их как зафиксированные механизмы болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком. В соответствии с этими основными формами невроза он описывает три типа психологических конфликтов: неврастенический, истерический и обсессивно-психастенический [38].

Особенностью современного подхода к вопросу изучения непсихотических состояний является представление об их полифакторной природе. Сторонники этого подхода исходят из того, что в формировании невроза как психогенного заболевания диалектически взаимодействуют биологические, психологические и социальные механизмы, что существенно расширяет границы понимания механизмов образования пограничных расстройств (Александровский Ю.А., 2005; Карвасарский Б.Д., 2016; Семке В.Я., 2010 и др.).

В общих чертах понятие непсихотическое расстройство можно определить следующим образом:

«Невроз – это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно – психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических проявлениях состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств при отсутствии психотических явлений» (Карвасарский Б.Д.,2016)

Вместе с тем, Александровский Ю. А. в своих работах говорит о том, что не стоит утверждать вторичность психогении при неврозоподобных расстройствах. Автор допускает вероятность того, что психотравмирующая ситуация, равно как и другие этиологические факторы может выступать в качестве первопричины возникновения неврозоподобных расстройств. При этом Александровский делает акцент на том, что не столько важно

определение первопричины в этиологии заболевания, сколько осознание того, что здесь задействованы все факторы: и социальные и психологические и биологические [4].

В пользу такого мнения можно привести результаты, произведенные на основе клинико-катамнестических исследований Семке В.Я., и его коллег (2010), которые определили влияние соматических погрешностей на динамику личностных девиаций. По их мнению, «Соматогенная астения, ослабляя адаптационные функции организма, содействовала фиксации и утяжелению невротического и патохарактерологического состояния, вызванного психогенной вредностью. В некоторых случаях такого рода сочетание психогенных и соматогенных влияний составляло основную картину развития невроза или декомпенсации психогении. В целом отношение психогенных и соматогенных факторов на нашем многолетнем материале доказывает их сложный и многогранный характер» [46].

С теоретико-методологических, валеопсихологических и клинико-динамических позиций можно выделить следующие варианты этих взаимоотношений:

- хроническая психогения способна вызывать органические соматические изменения (Мясищев В.Н., 2006; Muller-Hegemann D., 2008);

- психогения предрасполагает к действию других патогенных вредностей (алкоголь, травма, инфекция и т.д.) и выступает в роли своеобразного сенсibilизатора, способствуя развитию патологических сдвигов в центральной нервной системе и внутренних органах;

- психогенное воздействие способствует дальнейшему развитию и утяжелению уже имевшегося соматического заболевания. В этих случаях истерические особенности обуславливали патологическую фиксацию отдельных проявлений болезни, задерживая окончательное выздоровление;

- соматическая болезнь приводит к перестройке личности, облегчая «проведение» психогенных влияний и содействуя формированию различных невротических состояний. Под влиянием соматической астенизации могут

появляться эмоциональные сдвиги (конфликтность, эгоцентризм и др.), которые значительно затрудняют социальную адаптацию пациентов;

- психогенным путем провоцируются дотолле скрытые соматогенные процессы; следует иметь в виду, что за ширмой истерических проявлений может длительное время развиваться тяжелое заболевание (Bleuler E., 2012).

Из указанных взаимовлияний психогенных и соматогенных факторов можно заметить, что спор о первопричине одного из них является по-прежнему открытым.

Александровский Ю. А. обозначает необходимость поиска ответов как минимум на три вопроса, которые должны прояснить многое в проблеме этиологии и диагностики невротоподобных расстройств: 1) какова роль соматогении в развитии и стабилизации имеющегося у больного невротического симптомокомплекса (имеется ли прямая или опосредованная причинно-значимая взаимосвязь); 2) имеется ли отсутствует индивидуально значимая для больного психогения, возникла ли она вследствие соматического заболевания или лишь обострилась на фоне соматогении; 3) какова личностная реакция больного на свое соматическое заболевание?

Отвечая на эти вопросы, уверен автор, всякий раз можно убедиться в справедливости единства биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. Эти механизмы определяют некий «заколдованный круг», к движению по которому «первичный импульс» может исходить из любой составляющей его части – биологической (эндогенной или экзогенной) или социально-психологической (психогенной). Это говорит о необходимости комплексного подхода к построению индивидуального терапевтического плана при том или ином заболевании у каждого конкретного больного[4]. Наряду с этим интегрирование заболевшим человеком биологического и социально-психологического свидетельствует об

условности терминологических различий понятий «соматопсихическое» и «психосоматическое». С практической точки зрения в первом случае понимаются психические расстройства (преимущественно невротической структуры), сформировавшейся на базе (иногда вследствие) соматогении, во втором – преимущественно соматические нарушения, возникшие как бы вторично, вслед за психическими (главным образом психогенными) расстройствами. Разница в понимании психосоматических и соматопсихических расстройств определяется скорее стремлением к выделению акцентов в оценке состояния и исследовательским «вкусом», а не принципиальным разделением двух групп болезненных состояний.

На разных этапах развития болезненного состояния биологические и социально-психологические компоненты нередко взаимно компенсируют изменения каждого из них. Нарушение психической адаптации вследствие, например, психического стресса, может компенсироваться возникновением соматического заболевания, которое позволит человеку покинуть и/или приостановить психотравмирующую ситуацию. В этом случае можно говорить о телесном (соматизированном) способе реагирования на значимую жизненную ситуацию, т.е. о болезни как о механизме совладания. Однако возможна и иная, чаще встречающаяся ситуация, особенно в случае длительно или повторяющегося стресса, когда к психической травме присоединяется соматическое недомогание, которое в силу интоксикационных процессов, оказывает дополнительное патогенное действие на психическую деятельность человека. В любом случае восприятие им реальности становится искаженным, что отражается на поведении, а значит и на взаимоотношениях с окружающим миром, т.е. развивается социальная дезадаптация больного.

И тот и другой способ реакции человека на психологические и соматические вредности можно определить термином психосоматика или психосоматическое расстройство. Этот термин имеет весьма широкое значение, но мы придерживаемся, мнения Смулевич А. Б., который

определяет его как: «Психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов» [50]. Такое понятие подтверждает еще раз тесную связь психики и соматики, и основанных на их взаимовлиянии психических расстройств.

Появление психосоматического способа реагирования можно объяснить через концепцию стадий стресса и его действия на организм человека. Здесь важно включить понятие клинической динамики пограничных расстройств. Под клинической динамикой понимается диагностический принцип, о котором пишет Менделевич В.Д. [34]. Альтернатива «реакция-состояние-развитие» является одной из важных при феноменологическом анализе психологического состояния обследуемого. Она позволяет ввести в этот анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Этот принцип-альтернатива, также как другие, позволяют использовать многомерный подход, что позволяет корректно подойти к ответу на многие диагностические вопросы. К примеру, как можно оценить в традиционных общемедицинских категориях болезни-здоровья следующее наблюдение: у ребенка на фоне повышенной температуры, вызванной инфекционным заболеванием, возник впервые в жизни развернутый судорожный припадок, который впоследствии в течение полугода не повторялся. Позволительно ли назвать состояние ребенка болезненным, диагностировать эпилепсию и ответить на вопрос здоров он или болен, нуждается в назначении антиконвульсантов или не нуждается?

Подобная постановка вопроса при феноменологическом подходе не корректна. Поскольку она носит характер контрастности, одномерности. Для

правильного ответа на подобный вопрос необходим анализ в рамках принципа «реакция-состояние-развитие».

Психической реакцией в клинической психологии называется кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим состоянием обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 месяцев). Под психическим развитием понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействием гипертермией и, следовательно, должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь в виду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципа альтернативы «реакция-состояние-развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или иными психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невротическое развитие личности), шизофрения, особенно в западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Психогенные реакции, на фоне которых формируются неврозы, можно поделить на три типа: 1) реакции «глубинной личности» (по Krause), когда «психическое переживание доходит до сомы, и мозг вторично оказывается вовлеченным в процесс остальной физической личности. Это — интерхарактерологические реакции, и связи их должны отыскиваться по внепсихическим путям... Образцом их являются

шоковые катастрофные и некоторые эксплозивные реакции»; 2) истерические реакции (три типа — шизоидия, синтония, эпилептоидия); 3) экзогенные реакции.

Проявления непсихотических состояний становятся возможными только при биологической недостаточности функциональных возможностей центральной нервной системы. Именно это LoposIbor (2007) назвал физиодинамической основой невроза, а В. Fernandes (2009) — его биогенетическими факторами. Не случайно неврологический анализ, несмотря на отсутствие необходимой тонкости и точности, обнаруживает у больных неврозами микроорганическую симптоматику значительно чаще по сравнению с контрольной группой здоровых обследуемых. Данные же электроэнцефалографического исследования больных неврозами, как уже отмечалось, в подавляющем числе случаев указывают на определенную, хотя иногда и не выраженную, дисфункцию у них гипоталамических структур мозга. Исходя из этого, можно предполагать, что ослабление активности именно неспецифических структур головного мозга и является органической базой любого невротического состояния. В известной мере это подтверждается данными специальных неврологических исследований, а также существующими представлениями о «точке приложения» действия транквилизаторов в системе ретикулярной формации.

Еще один диагностически значимый принцип звучит как адаптация-дезадаптация, компенсация-декомпенсация.

Принципы-альтернативы «адаптация-дезадаптация» и «компенсация-декомпенсация» дают возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что позволяет определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

Адаптация — это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Компенсация — состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, при адаптации происходит как бы «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит замещение утраченных психических функций иными приемлемыми для личности и организма, т.е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

При непсихотических состояниях возможно сочетание психологических физиологических факторов, однако соотношение между ними в этих двух группах болезней разные. Отправной точкой научных исследований в данном направлении служит высказывание П.Б. Ганнушкина (2010): «Психическая реакция на любое соматическое страдание всегда имеет место. Более того, эта реакция двоякая: во-первых, соответствует той соматической болезни, которая в данном случае имеет место, т.е. соответствует той жизненной опасности, с которой сопряжена болезнь, а следовательно, соответствует тому страху за свою жизнь, который возникает у каждого больного; во-вторых, что гораздо важнее, эта реакция соответствует той психической конституции, которая в данном случае имеет место»

Этиологические факторы возникновения непсихотических расстройств.

Из этиологических факторов биологической природы Карвасарский Б.Д. выделяет такие как частота нервно-психических заболеваний у родственников больных неврозами; наследование основных процессов высшей нервной деятельности и других нейрофизиологических

характеристик. Из этиологических факторов психологической природы, такие как преморбидные особенности личности, психические травмы детского возраста, психотравмирующие ситуации и условия их патогенности. Из этиологических факторов социальной природы выделяет такие как родительская семья, некоторые особенности сексуального воспитания, семейное положение, образование, профессия и трудовая деятельность [20].

Семке В.Я. и его коллеги работают в рамках концепции качества жизни. Он выделяет три основных момента играющих роль в возникновении невротических расстройств: сама психогения (социогения), личностная predisпозиция, социально-психологическая характеристика ближайшего окружения. На практике речь идёт, прежде всего, о силе, продолжительности и специфике неблагоприятного патогенного фактора; во-вторых, о преморбидной личностной структуре (здоровой, гармоничной, сбалансированной или же акцентуированной, невротической, патохарактерологической); в-третьих, об оздоравливающем (саногенном) и деструктивном (патогенном) влиянии микро - и макросоциума [46].

Особую роль в формировании нарушений психического здоровья играют психотравмирующие ситуации. Г.К. Ушаков (2011) классифицирует психические травмы по интенсивности: массивные (катастрофические), ситуационные острые (утрата социального престижа), пролонгированные ситуационные (трансформирующие условия многих лет жизни), пролонгированные ситуационные (стойкое психическое перенапряжение, истощение) [55]. Автор подчеркивает значимость актуальности психической травмы для личности. В.Н. Мясищев (2006) подразделяет психические травмы на объективно-значимые (с высоким уровнем значимости для большинства людей) и условно-патогенные (переживания, связанные с особенностями иерархии ценностей отдельного человека) (38). В.Д. Менделевич (2008) выдвигает антиципационную концепцию неврозогенеза. Психотравма рассматривается им как результат неспособности личности

предвосхищать ход событий и конструировать собственное поведение во фрустрирующих ситуациях [34].

Еще один фактор участвующий в формировании непсихотических расстройств - это личностный фактор – как ответ индивидуума на неблагоприятные воздействия окружающей среды. Непсихотические расстройства являются нарушением приспособляемости к новым внешним и внутренним обстоятельствам, обнаруживаемым «в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной». При этом в первую очередь страдают тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости [25].

Теоретически чем сильнее соматически болен человек, тем больше он раним и тем больше вероятность возникновения у него неврозов. Тем более, что всякая соматическая болезнь это в той или иной степени является психической травмой. Чтобы соматический фактор способствовал появлению невроза, нужен не он сам по себе, а группа факторов, среди которых соматическая ослабленность играет какую-то роль, но далеко не главенствующую [39].

Среди выделенных разными исследователями факторов возникновения непсихотических расстройств, нет одного, единственного фактора, который мог бы вызвать невроз - есть лишь сочетание их, причем зачастую выделить самый решающий невозможно. Психическая травма чаще всего является лишь пусковым механизмом или провоцирующим моментом, но не единственной причиной невроза. Однако главное в клинической картине невроза и, стало быть, диагностике этого расстройства, независимо от роли психической травматизации, это форма и степень переживания больными своего психического расстройства, т. е. не анамнестические сведения, перевешивают чашу весов в пользу диагностики невроза, а клинические проявления.

Выделяют качественные характеристики личности, которые характеризуются как неврозогенные, к ним относятся: повышенная

тревожность, импульсивность, сензитивность, тревожность, ригидность, выраженное чувство ответственности, соперничества и конкуренции (Залевский Г.В., 2006; Семке В.Я., 2010). По мнению Г.К. Ушакова (2011), именно эти черты личности играют ведущую роль в развитии срывов психического здоровья и формируют общий конгломерат невротических характеристик, названных им «гиперпсихией». Тревога, как стрессогенный фактор, сенсбилизирует психоэмоциональную сферу и затем формирует длительное психоэмоциональное напряжение, что ведет к срыву адаптационных механизмов и развитию невротических расстройств (Уманский С.М., 2008). Личностные факторы усиливаются специфической производственной деятельностью, связанной с повышенной ответственностью, информационной перегрузкой, эмоциональной напряженностью (Семке В.Я., Положий Б.С., 2010). Мотивационные конфликты, связанные с «фрустрационной напряженностью», и конфликты интимно-личностного характера описывались Ф.Б. Березиным (2011) как специфические личностные стрессоры.

Вероятно, что структура невротических состояний, составляющих раздел F4 МКБ-10, зависит от преимущественного вклада того или иного патогенного фактора. Естественным образом можно предположить, что тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные и диссоциативные расстройства связаны в большей степени с особенностями личности, системой психологического и биологического дизонтогенеза. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации зависят от преимущественного вклада психогенного фактора; соматоформные расстройства определяются соматогенными нарушениями. Вклад того или иного фактора может быть различным во временном континууме, так как современный период общественного развития связан с массивными социальными преобразованиями и требует определенной пластичности личностных черт [37].

Любая болезнь нарушает привычные контакты человека с окружающим, снижает возможности трудовой деятельности или вообще делает невозможным ее продолжение, нередко лишает человека прежних реальных перспектив и вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации. Все это подвергает серьезным испытаниям систему адаптированной психической деятельности, наносит дополнительный «удар» по барьеру психической адаптации заболевшего человека. При этом затрагивается не только сенситивный, но и интеллектуальный «уровень внутренней картины болезни» включающий размышления самого больного о болезни, его самооценку и реакцию на возникшее состояние. В зависимости от особенностей личности больного реальный ущерб, принесенный болезнью в его жизнь, может им либо преуменьшаться, либо преувеличиваться. В каждом из этих случаев, как правило, удается проследить выраженное в разной степени и отмечаемое временное или достаточно стойкое изменение социальных связей заболевшего человека. Учет этого имеет большое значение как при постановке диагноза, так и при определении наиболее адекватного плана лечебно- и социально-компенсирующих мероприятий.

На основе тщательного анализа историй болезни Семке В.Я. и Куприянова И.Е. выявили значительную соматическую патологию, которая тесно связана с проблемами психического здоровья и носит отягощающий коморбидный характер. Коморбидные соматические расстройства у женщин: 2,0 % – без соматической патологии; 44,2 % – сердечно-сосудистые расстройства; 2,0 % – бронхолегочные заболевания; 24,2 % – желудочно-кишечная патология; 15,2 % – урогенитальные заболевания; 12,4 % – микстные расстройства. Коморбидные соматические расстройства у мужчин: 3,5 % – без соматической патологии; 50 % – сердечно-сосудистые расстройства; 2,8 % – бронхолегочные заболевания; 36 % – желудочно-кишечная патология; 4 % – урогенитальные заболевания; 3,7 % – микстные расстройства[(27)].

Опыт работы сотрудников Всесоюзного научно-методического центра пограничной психиатрии в общесоматических стационарах, обобщенный во многих публикациях и методических рекомендациях, показал, что среди пациентов терапевтических отделений многопрофильных соматических стационаров психогенные (невротические) реакции наблюдаются в 12,6 % случаев, невротические развития личности – в 7,8 %, невротоподобные расстройства при соматических заболеваниях – в 10,1 %. Среди пациентов неврологических отделений многопрофильных больниц невротоподобные расстройства (при сосудистых, инфекционных, травматических поражениях головного мозга) отмечены в 7,3 % случаев .

Данные, полученные различными исследователями в ходе работы с пациентами, страдающими соматическими заболеваниями, свидетельствует о том, что среди клинических вариантов непсихотических расстройств довольно часто при соматических заболеваниях отмечаются психогенные (невротические) реакции на сам факт соматического страдания с преимущественно неврастенической, истерической или обсессивно-фобической симптоматикой. При длительном, хроническом течении соматических расстройств у больных наблюдаются стабилизация невротической симптоматики, формирование невротических (состояний), а затем и невротических развитий личности. При этом, как правило, сохраняется и развивается структура психопатологического синдрома, который был лишь намечен в первый период возникновения невротической реакции. Эта динамика определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями больного, с другой – закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность.

Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической астенизации. Картина имеющихся соматических проявлений как бы «окрашивается» астенической симптоматикой, являющейся неотъемлемой частью основного болезненного процесса и

выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, аффективной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления, вегетососудистые пароксизмы).

Глава 1.3 Современное состояние исследований в области психологической коррекции непсихотических расстройств

В настоящее время психологическая коррекция рассматривается как один из видов психологической помощи, наряду с консультированием, психотерапией. Это психологическое воздействие на личность разными способами, с разными целями, в различном сочетании (Менделевич В.Д., 2008; Benedetti G., 2014).

Различные методы психологической коррекции – это различные виды введения, переработки или воздействия подаваемой информации. Одним из основных источников передачи информации от человека к человеку является речь, поэтому именно психокоррекцию называют речевой терапией.

В инструментарий психологической коррекции входят средства и формы воздействия, которые влияют на интеллектуальную деятельность пациента, на его эмоциональное состояние и поведение (Карвасарский Б.Д., 2009).

По мнению многочисленных исследователей, к основным целям психологической коррекции относятся «восстановление умений находить новые, эффективные стратегии поведения в социуме; накопление и рациональное использование энергетических ресурсов организма, особенно в экстремальных ситуациях; изыскивание и развитие ресурсных состояний ЦНС, с целью обеспечения активности, энтузиазма, оптимизма, сохранения

здоровья и быстрее достижения поставленных собой целей»
Современные авторы подчеркивают, что психотерапия не может и не должна стоять вне клиники и вне медицинской психологии, а психотерапевт - это, прежде всего, клиницист. Он должен уметь четко определять показания и противопоказания психологической реабилитации. Таким образом, психокоррекция требует включения себя, как метода коррекции, в сферу деятельности, которой в современном социуме стала клиническая (медицинская) психология (Карвасарский Б.Д., 2019).

По современным представлениям, клиническая (медицинская) психология изучает психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, психологию взаимоотношений, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний (Менделевич В.Д., 2008).

В соответствии с этим, предметом медицинской психологии является определение особенностей психической деятельности больного, исследование личности и социальной среды больного для построения адекватных психотерапевтических и реабилитационных программ (Мясищев В.Н., 2006; Карвасарский Б.Д., 2019; Менделевич В.Д., 2008).

Медицинская психология тесно связана с теорией и практикой психологической реабилитации пациентов. Процесс реабилитации, как системная деятельность психолога, направлена на восстановление личностного и социального статуса пациента посредством психотерапии, главное содержание которой состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных мероприятий. Принято различать психокоррекцию как организацию жизни в обществе. Как метод лечения, психокоррекция входит в компетенцию клинической психологии, поскольку сочетает в себе психологические и медицинские знания; что обязывает

психолога квалифицированно использовать её методы и способы (Карвасарский Б.Д., 2019).

В настоящее время все более интенсивным стало использование психокоррекционных воздействий при психосоматических расстройствах. Однако, в связи с недостаточностью знаний об этиопатогенетических аспектах развития психосоматических заболеваний, эти пациенты считаются до настоящего времени малоперспективными для психокоррекции. Основными сложностями при работе с такими пациентами считаются разнообразные клинические проявления, имеющие в основе единую причину возникновения, особенности личностных характеристик пациентов, психологические защитные механизмы, имеющие прямое отношение к желанию быть здоровым, которое основывается на лечебной мотивации и поведении во время лечения (выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни); негативное значение контрпереносных реакций у пациентов и психотерапевтов. Психосоматическая патология, достаточно разработанная на теоретическом уровне, не обрела до настоящего времени признания в здравоохранении и медленно внедряется в практику лечения таких больных. Однако психологическая коррекция оказывается, согласно многочисленным исследователям, наиболее эффективным методом реабилитации именно при соматических расстройствах (Карвасарский Б.Д., 2019).

В последние десятилетия наибольшее значение стало отводиться в лечении пограничных нервно-психических расстройств именно психокоррекции, как наиболее эффективному методу восстановления и реабилитации таких пациентов. В этой группе заболеваний психокоррекция может выступать в качестве единственного метода или включается в систему комплексного лечения пациентов [Карвасарский Б.Д., 2009, 2019].

Исходя из понимания терапевтического вмешательства как общей стратегии реабилитации пациентов, выделяют три основных типа психокоррекции: психоаналитический (психодинамический), поведенческий

и экзистенциально-гуманистический. Несмотря на классификационные деления, принято рассматривать психокоррекцию как симптомо- и личностно-ориентированную. К первой традиционно относят аутогенную тренировку, различные виды внушения и самовнушения. Второй вид психокоррекции базируется на основных течениях современной западной психологии, и соответственно этому выделяются динамическое, поведенческое и гуманистическое направления.

Наиболее распространенными психокоррекционными методами являются: суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (гештальт-терапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах. Развитие патогенетической концепции непсихотических расстройств и их коррекции основывается на понимании их патогенетической структуры в виде трех составляющих: биологической, психологической и социальной (Мясищев В.Н., 2006; Карвасарский Б.Д., 2019). В связи с чем, главной характеристикой личности человека является система отношений, прежде всего с людьми, формирующаяся в онтогенезе на фоне определенных социально-исторических, экономических и бытовых условий, на основе физиологической деятельности мозга. В виду чего основной задачей психокоррекции является диагностика человеческих отношений, лежащих в основе возникающего перенапряжения и дезорганизации нервно-психической деятельности (Карвасарский Б.Д., 2006, 2019). Результаты исследований последних лет (Менделевич В.Д., 2008; Карвасарский Б.Д., 2019) указывают на смещение вида воздействия от индивидуальной психокоррекции к групповой. Последняя позволяет эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности, и перестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношений – познавательный, эмоциональный и поведенческий.

Специфика воздействий на пациента определяется теоретическими представлениями, раскрывающими содержание понятий «норма» и «отклонение», что позволяет осознанно ее осуществлять (Менделевич В.Д., 2008; Карвасарский Б.Д., 2019). В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы. При этом невроз (личностные расстройства) понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, поэтому психотерапия всегда будет направлена на достижение осознания этого конфликта человеком. Этой задаче подчинен психоаналитический подход (Карвасарский Б.Д., 2019).

Представители поведенческой психологии свое внимание концентрируют на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению и измерению. В их трактовке норма – это адаптивное поведение, а невротические личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Ввиду чего целью психологического вмешательства является научение адаптивным формам поведения и замена ими неадаптивных форм (Карвасарский Б.Д., 2006).

В рамках гуманистических подходов, невроз является следствием невозможности самоактуализации, блокировки этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я (Карвасарский Б.Д., 2006). В этой ситуации целью психологического воздействия будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя.

Отечественная психокоррекция достаточно долго базировалась на директивном методе. Из-за чего история отечественной психокоррекции, по существу, является историей развития учения о гипнозе и внушении. Как известно, коррекция психологического статуса проводится, как правило, с использованием словесных внушений. Задача их сводится к тому, чтобы

вызвать погружение в гипнотический сон путем вербальных формулировок, описывающих те ощущения и представления, которые должен испытывать засыпающий человек. Триада условий, определяющих сущность и эффективность метода, включает в себя разъяснительную беседу рационального плана; внушение в гипнозе; обучение участников группы формулам самовнушения.

Вербальное внушение, как средство воздействия на психические и биологические составляющие человека имеет широкие лечебные возможности, поскольку посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетативных функций организма (Карвасарский Б.Д., 2006, 2019).

Когнитивно-поведенческие методы отличаются от психодинамических и гуманистических тем, что при разных расстройствах показаны разные целесообразные методики, которые развивались на основе исследований эффектов и подтверждаются теорией методов в их лечении. Базисным признаком когнитивных теорий научения является обращение к «когнициям», психическим процессам, которые сохраняют, перерабатывают, трансформируют, извлекают и регистрируют сенсорную и вербальную информацию для решения поведенческих задач. Можно сказать, что здесь речь идет о формировании долговременной памяти, которая является конечным звеном процесса научения (Залевский Г.В., 2006). Когнитивная психокоррекция базируется на принципах, в основе которых лежит положение о том, что поведение и чувства (переживания, эмоции) человека определяются тем, как он структурирует (понимает, оценивает) ситуацию. Когниции запускают определенные эмоции, которые формируют определенные поведенческие паттерны (бегство или наказание, отстранение или приближение).

Когнитивно-бихевиоральная психокоррекция основана на взаимосвязи между привычными когнитивными ошибками и психологическими

нарушениями (расстройствами), поведенческими стереотипами, куда относятся: произвольные выводы; селективное восприятие, обобщение; сверхгенерализация; максимизация и минимизация значений определенных событий; персонализация – склонность относить связь идущих событий на свой счет; дихотомическое мышление .

Исследованиями Залевского Г.В. доказано существование фиксированных форм поведения (ФФП), застывших ригидных стереотипов, как патогенетической основы психических расстройств и объекта психокоррекции, в особенности когнитивно-бихевиоральной теории (Залевский Г.В., 2006).

Личностно-ориентированная психокоррекция наиболее полно реализует этиопатогенетический аспект в понимании причин и механизмов развития неврозов. Другие методы, используемые при неврозах, основаны на симптоматических психокоррекционных воздействиях, т.е. направленных в большей мере на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики (Карвасарский Б.Д., 2006)

Задачи индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психокоррекции связаны с поэтапным характером психотерапевтического процесса: изучение личности пациента (и пациентом, т.е. от самопознания) через осознание к изменению – коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов.

Групповая психокоррекция использует отношения и взаимодействия членов группы, как с психологом, так и между собой. Групповую психокоррекцию определяют как метод воздействия на личность больного через включение его в эмоционально интенсивное, психологически положительное взаимодействие со специально организованной управляемой средой.

Механизмами лечебного действия групповой психокоррекции являются: конфронтация, корригирующее эмоциональное переживание (корректирующий

эмоциональный опыт), научение, которые охватывают все три составляющих изменений – когнитивный, эмоциональный, поведенческий (Карвасарский Б.Д., 2006)

Среди психокоррекционных групп выделяют: группы для решения проблем, группы для обучения межличностным взаимоотношениям, группы личностного роста, терапевтические группы.

Теория рационально-эмотивной терапии (РЭТ) основана на том, что мышление и эмоции являются зависимыми друг от друга процессами, они пересекаются, связаны и на практике являются по существу одним и тем же, т.е. ощущение, движение, эмоции и мышление не существуют в изоляции.

Принципы РЭТ гласят, что люди сами создают свои нарушения при помощи догматических требований, а также предполагают обучение тому, как бороться с собственным антинаучным мышлением, что позволяет им становится составной частью всех психологических школ. Доказано, что психоанализ, гештальт-терапия и системная терапия становятся более рационально-эмотивными и когнитивно-бихевиоральными, чем они были раньше.

Основой рационально-эмотивной терапии является логическая аргументация мыслей и чувств, метод включает в себя разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекцию личности, дидактические и риторические приемы.

В гештальт-терапии работа направлена на интеграцию процессов осознания, телесных и психических процессов, осознание психологического значения симптомов, восстановление эмоциональных переживаний. Гештальт-терапия включает следующие механизмы: расширение сознания, интеграция противоположностей, усиление внимания к чувствам, работа с мечтами, принятие ответственности на себя, преодоление сопротивления.

Среди других методов следует указать терапию творческим самовыражением, и семейную психотерапию, нейролингвистическую психотерапию, трансактный анализ.

В настоящее время на практике осуществляется около четырехсот разновидностей психокоррекции для взрослых пациентов и около двухсот – для детей и подростков. Описано около трехсот психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия (Карвасарский Б.Д., 2006, 2019). Выбор конкретной методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Среди объективных выделяются характер психопатологического симптома (синдрома); этиопатогенез психических расстройств; индивидуально-психологические особенности пациента.

Среди субъективных параметров важное значение придается индивидуально-психологическим особенностям психотерапевта; широте его психотерапевтических знаний и навыков; ситуационным моментам (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса) (Карвасарский Б.Д., 2006).

Выводы по первой главе.

1. Эмоционально-личностная сфера это особый класс психических процессов и состояний действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Эмоции служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, действуя через мотивы. Единой общепринятой теории эмоций на данный момент не существует, она заменена многочисленными подходами к их изучению. Эмоции можно разделить на две группы, стенические и астенические, обе группы работают по принципу одностороннего движения. Существуют так же и неоднозначные эмоции, которые могут обладать разной направленностью влияния. По длительности существования и интенсивности эмоций выделяют настроение. Аффективные переживания имеют внешние проявления, могут наблюдаться вегетативные симптомы, которые проявляются в виде интенсивной эмоциональной кратковременной либо долговременной реакции на возникшую стрессовую ситуацию и влияют на возникновение непсихотических расстройств.

2. Анализ литературы показал, что непсихотические (невротические расстройства) являются аспектом малой психиатрии и относятся к пограничным нервно-психическим расстройствам. В развитии учения о невротических расстройствах можно проследить различные направления и подходы. Особенностью современного подхода к вопросу изучения непсихотических состояний является представление об их полифакторной природе. Сторонники этого подхода исходят из того, что в формировании невроза как психогенного заболевания диалектически взаимодействуют биологические, психологические и социальные механизмы, что расширяет границы понимания механизмов образования пограничных расстройств. Среди факторов возникновения непсихотических расстройств, нет одного, единственного фактора, который мог бы вызвать невроз, есть лишь их сочетание, причем зачастую выделить самый решающий невозможно.

3. В настоящее время психологическая коррекция непсихотических расстройств (психологическое воздействие на личность разными способами, с разными целями, в различном сочетании) рассматривается как один из видов психологической помощи, наряду с консультированием и психотерапией. В ее инструментарий входят средства и формы воздействия, которые влияют на интеллектуальную деятельность, эмоциональное состояние и поведение пациента, что является предметом клинической психологии. Наибольшее значение стало отводиться в лечении пограничных нервно-психических расстройств именно психокоррекции, как наиболее эффективному методу восстановления и реабилитации. В настоящее время на практике осуществляется около четырехсот разновидностей психокоррекции для взрослых и около двухсот для детей и подростков. Описано около трехсот психологических синдромов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия.

Глава 2. Организация и методы исследования.

2.1. Характеристика клинического материала

Исследование выполнено на базе психотерапевтического кабинета краевой клинико-диагностической клинической больницы.

Проведенное исследование включало следующие этапы:

- 1) психологическое тестирование;
- 2) психологическую коррекцию.

Общее число обследованных пациентов с неврозами составило 25., в т.ч. практически здоровых –16.

Группа больных с невротическими расстройствами

Обследовано 25 больных с невротическими расстройствами, соответствующими МКБ 10, рубрике F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), диагноз ставился врачом психотерапевтом на основании характера предъявляемых жалоб, клинического обследования и психологических методов диагностики. Все больные предъявляли идентичные жалобы: повышенная утомляемость, нарушения сна, слабость, плаксивость, тревога, нежелание выполнять работу, избегание принятия решений, нарушения чувствительности кожных покровов, головные боли, тошнота, повышение или снижение аппетита, снижение контроля над своими мыслями и действиями, трудности социопсихологической адаптации, повышенная импульсивность, раздражительность, чувствительность к критике. Следует отметить также, что все больные соответствовали определенному социальному уровню, и характеризовались средним, либо выше среднего, уровнем интеллекта, что представляется необходимым для валидности психологического обследования и выявления достоверных закономерностей. Средний возраст обследованных составил $43,7 \pm 1,7$ года.

В качестве диагностических критериев невротических расстройств были избраны следующие: а) психогенная обусловленность возникновения невротической симптоматики; б) длительность заболевания на момент выявления не менее 3-х недель после возникновения; в) доминирование в клинической картине астеновегетативных расстройств; г) умеренно выраженная социально-трудовая дезадаптация; д) оптимальная эффективность психотерапевтических воздействий на клинические проявления заболевания.

2.2. Методика психотерапии «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление»

Методика «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление» (ГСПМР) разрабатывалась Кожевниковым В.Н. с 1984 г. и является модификацией Ментального тренинга Л.Э. Унесталя (Unestahl L.-E., Bundzen P., 1996).

Содержание методики ГСПМР

Качество и эффективность ГСПМР определяется внутренней структурой суггестии и внешней формой ее подачи. Подготовка смысловой (семантической) информационно-кодословной структуры гетеросуггестии представляет собой процесс анализа и синтеза содержания психологического воздействия, психотерапии и прогноза.

Лечебный текст состоит из специальных вербальных формул-внушений, формирующих состояние релаксации, и в дальнейшем, на его основе (фоне) у пациента создается образ динамического позитивного поведения, с осознанием всех составляющих этого процесса с целью выздоровления и развития. В ГСПМР осуществляется помощь в осознании причин дезадаптивного поведения и когнитивных переживаний и формирование стратегии адаптивного поведения с пониманием всех составляющих

поведенческого процесса. ГСПМР как система моделирования поведения, базируется на психофизиологических процессах переработки информации, является обучающим процессом, обеспечивающим пациента новым опытом. Способность к формулированию правил рассматривается в когнитивной теории научения как центральная. Таким образом, речь идет о формировании долговременной памяти, которая является конечным звеном процесса научения.

В ГСПМР имеет место систематическое положительное подкрепление за счет формирования психомышечной релаксации, т.е. психофизиологического оптимума с положительными эмоциональными переживаниями (внутренняя свобода, умиротворение, покой и т.д.) и приятными телесными ощущениями себя, своего тела, сохраняющимися после сеанса и самовоспроизводящимися в любой обстановке по желанию клиента за счет наработанных триггеров. То есть происходит моделирование поведения человека, которое базируется на изменении, оптимизации процессов переработки и трансляции информации.

В ходе ГСПМР пациент накапливает поведенческий опыт по образцу «открывающего научения» (Залевский Г.В., 2006), который благодаря систематичности, повторяемости сеансов и положительному эмоциональному фону (состоянию), сформированному внутри раппорта, переводится в режим долгосрочного хранения.

В одном сеансе ГСПМР за счет гетеросуггестии реализуется большинство программ когнитивно-бихевиоральной психотерапии: метод прогрессивной мышечной релаксации; систематическая денсификация; тренинг позитивного мышления; процедуры социального научения и самоконтроля; когнитивные процедуры; биологическая обратная связь и аутогенная тренировка.

Использование ГСПМР в настоящей работе позволяло решать следующие задачи: 1) формирование оптимального уровня психической и мышечной релаксации; 2) конструирование аудиальных, визуальных, кинестетических образов на позитивное переживание себя;

3) воспроизведение состояния оптимального или здорового самочувствия;
4) обращение сознания больного к своему прошлому позитивному опыту;
5) формирование установки на оптимальное самочувствие после выздоровления и дальнейшее развитие; 6) формирование триггера, благодаря которому больной мог в последующем самостоятельно, целенаправленно воспроизводить у себя состояние релаксации и оптимального функционального и эмоционального тонуса, которое для него будет актуальным в конкретной жизненной ситуации.

На основе этих процессов происходит замена «внутренней картины болезни» новой, «внутренней картиной здоровья» с соответствующим изменением поведенческих паттернов и составляющих их систем: телесно-эмоциональной, мыслительно-когнитивной и двигательной (Залевский Г.В., 2002).

ГСПМР оказывает помощь пациенту в развитии собственной силы и позитивных способностей. Для этого дается установка на побуждение к размышлениям о собственных ресурсах (возможностях), положительных (позитивных) аспектах сегодняшней актуальной жизненной ситуации, на воспоминания о прошлых успехах и позитивных переживаниях, т.е. пациент в состоянии психологической релаксации думает и переживает позитивно (что соответствует третьему правилу КБП), а за счет систематического повторения (10-15 раз) развивает процесс научения, т.е. формируется долгосрочная память.

ГСПМР состоит из нескольких этапов и начинается с когнитивного этапа – клинической беседы, создания установки на выздоровление.

Следующий этап включает формирование функционального состояния психической и мышечной (телесной) релаксации и состоит из нескольких частей:

1. Установка на сеанс.

Текст начинается с предъявления установки на приятную позу, на отдых и восстановление, фиксацию внимания на голосе психолога.

Переходом ко второму этапу служит вызывание представления эмоционально приятно окрашенных зрительных образов. Совмещая активизирующие образы с представлением о том, что происходит в теле во время расслабления, программируется состояние, альтернативное состоянию переживаемых до лечения отрицательных эмоциональных и физиологических реакций.

2. Фиксация внимания на висцерорецепции, внутренних ощущениях.

3. Фиксация внимания на терморегуляции и проприорецепции, гетеросуггестия тепла и релаксации.

Далее формируется и углубляется распространение приятного чувства тепла в руках, ногах, во всем теле.

Следствием мышечного расслабления является снятие эмоционального напряжения за счет уменьшения афферентной импульсации. Снижается мозговая активность и сократительное напряжение поперечно-полосатой мускулатуры. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах осуществляется с целью овладения регуляцией сосудистого тонуса конечностей. Ощущения тепла и расслабления в груди ведет к нормализации и регуляции ритма сердечных сокращений. Ощущение тепла в брюшной полости стимулирует кровоснабжение внутренних органов, осуществляется снятие спазмов, зажимов, нарушающих кровоснабжение.

Снятие мышечных зажимов способствует пробуждению и освобождению подавленных чувств, что может сопровождаться такими явлениями, как плач, ощущение тревоги или страха в процессе сеанса.

При этом осуществляется имидживая развертка, включающая температурный, пространственный, звуковой, осязательный, обонятельный образ/картинку. Пациенту внушается необходимость вжиться в представляемую картину, прочувствовать и зафиксировать ее в сознании. Важно, чтобы сенсорные представления были как визуальными, так и аудиальными, так и кинестетическими, с целью полного воздействия на восприятие. Метод имаготерапии в ГСПМР по смысловым и методическим

подходам сопоставим с рационально-эмотивной терапией, когнитивной терапией, когнитивно-социальной концепцией.

Доказана физиологическая связь между настроением и памятью (Bower G.H., 2005). В ГСПМР по типу обратной связи сначала формируются приятные, радостные воспоминания, а через это воспроизводится положительное эмоциональное состояние (настроение), на фоне которого суггестивно задаются нужные поведенческие паттерны.

4. Фиксация легкости (гетеросуггестия), невесомости.

Ощущение расслабления мускулатуры сопровождается чувством невесомости, бестелесности. Одновременно с этим формируется чувство свободы, независимости, расширения границ своего «Я».

5. Фиксация (гетеросуггестия) состояния покоя.

Пациент обучается сосредоточению на расслаблении различных мышечных групп своего тела, что помогает понизить уровень физиологического возбуждения и вызывает ощущения покоя.

6. Отключение от собственных переживаний и внешней среды.

Формирование раппорта.

В процессе сеанса отключение от внешних раздражителей и коры головного мозга представляют собой то сочетание условий, при котором в максимальной степени раскрываются авторегуляционные свойства ЦНС. Целенаправленная суггестия активизирует позитивные образы и представления до такой степени, что их действенность и яркость становится определяющей в формировании в долговременной памяти нового положительного функционального состояния.

7. Лечебное внушение позитивного развития.

Наиболее индивидуализированный этап ГСПМР, где проявления сформированного оптимального психофизиологического состояния переносятся психотерапевтом на конкретные элементы жизненной ситуации пациента в виде когнитивных, эмоциональных и локомотивных поведенческих паттернов. Закрепление достигнутого состояния с

формированием представления об использовании полученных навыков в повседневной жизни.

8. Дегипнотизация.

Внушение на закрепление и развитие в долговременной памяти новых поведенческих паттернов.

Таким образом, ГСПМР относится к поведенческой психотерапии, «в основе которой лежит научение адекватно реагировать в трудных жизненных обстоятельствах, расширение коммуникативных возможностей, развитие способности к воспроизведению «лечебного образа», к мобилизации собственного жизненного опыта» (Карвасарский Б.Д., 2006, с. 151-152).

Отбор образов осуществляется исходя из клинико-психологических особенностей пациента. К воздействующим факторам, формирующим новый имидж (образ) пациента используемых в ГСПМР, относятся: разъяснение (наяву), переживание и понимание пациентом ощущений, целей, задач и принятие их, эмоциональная позитивная поддержка (транс), обучение оптимальным поведенческим паттернам (наяву и в транс).

Таким образом, в ГСПМР происходит замена когнитивных (смысловых, представленных), физиологических (психофизиологических, иммуно-эндокринных, биохимических, нейрофизиологических, вегетативных), собственно поведенческих образцов (стереотипов) жизнедеятельности, которые рассматриваются (признаются) пациентом как болезненные, неприятные, проблемные, на новые, правильные, здоровые, оптимальные, подходящие образцы, стереотипы. Происходит переструктурирование поведенческого репертуара, стереотипов мышления и, как следствие, психофизиологических реакций, модулирование иммуно-эндокринных показателей, формируется устойчивое долгосрочное оптимальное состояние. Условием формирования долгосрочной памяти на новые здоровые стереотипы мышления и психофизиологические, иммуно-эндокринные уровни функционирования является ситуация сформированного состояния психомышечной релаксации, на фоне которого осуществляется процесс

когнитивного, эмоционального, психофизиологического научения, пациент приобретает опыт «внутренней модели здоровья», необходимый для изменения поведения, т.е. выздоровления.

Закрепление опыта «внутренней модели здоровья» происходит за счет суггестии положительного эмоционального фона в ходе ГСПМР и систематического 10-15 кратного психотерапевтического воздействия. Задача ГСПМР состоит в том, чтобы создать у пациента мотивацию, желание, веру и готовность к изменениям, показать и дать возможность «примерить на себя» вновь сформированный образ (имидж) здорового, благополучного человека.

Моделируя систематически настроение и психофизиологическое состояние путем гетеросуггестии, формируется определенная матрица долговременной памяти в мозге человека, которая, будучи индивидуальной по содержательному наполнению, должна соответствовать некоторым универсальным человеческим характеристикам; в психологической матрице должны присутствовать такие факторы, как положительные эмоции: удовлетворение, радость, освобождение и др.; приятные ощущения: комфорт, тепло, чувство бестелесности, свободы; чувство социального благополучия: доброта, любовь, причастность к окружающему миру, принятие его. Сочетаясь, эти факторы образуют в организме такие временно-пространственные соотношения (свобода, любовь, стабильность) которые оптимизируют работу мозга (гармонизация межполушарной активности по значениям омега-потенциала, наличие оптимального уровня МВ2 в кардиоритме, функциональное благополучие эмоциогенных структур) на генетически заданное благополучие, облегчают психотерапевту и пациенту доступ в его подсознание с целью развития и саморазвития в заданном пространственно-временном направлении.

2.3. Методы психологического тестирования

Психодиагностика в нашем исследовании, в соответствии с поставленными задачами оценки и объективизации психотерапии представляет собой набор методик, дающих полный спектр количественных и качественных (в клинической психологии – синдромальных и симптоматических) параметров психосоматического состояния человека, адекватности его самооценки, наличия и вида психосоциальной дезадаптации. Этим условиям, с нашей точки зрения полностью удовлетворяет психодиагностический набор, состоящий из полного варианта опросника ММРІ (566 вопросов) и «Опросника невротических и неврозоподобных расстройств» (ОНР) (Карвасарский Б.Д., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. и др., 2010), в котором первый дает количественную и качественную оценку психосоциальной, клинико-психологической патологии, наличия того или иного психопатологического синдрома, а второй дает объективный результат психосоматической, симптоматической самооценки, характеризует полярные личностные свойства, патогенетически значимые для развития невроза и отражающие невротические изменения личности.

2.3.1. Миннесотский многошкальный личностный опросник (ММРІ-566)

Методика предназначена для многомерной диагностики психического состояния, его динамики в процессе лечения и под воздействием внешних факторов, широкого спектра типологических особенностей личности и поведения, уровня и качества социальной адаптации, специфики защитных механизмов и эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях.

Ниже перечислены основные (базисные) шкалы в порядке их нумерации.

1-я шкала – сверхконтроля (ипохондрии). Повышение в пределах 70 Т-баллов показатель зажатости, сверхконтроля, повышенной ориентации на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к отклонениям от нормального функционирования своего организма при дезадаптации (т.е. при повышении показателя данной шкалы выше 70 Т выявляются ипохондрические черты). Низкие показатели – 50 Т имеют противоположное значение, т.е. отражают отсутствие перечисленных особенностей личности и состояния.

2-я шкала – пессимистичности (депрессии); выявляет это качество наряду с неудовлетворенностью, склонностью к волнениям. Ведущий подъем по 2-й шкале характерен для гипостенического типа реагирования, а показатели выше 70 Т выявляют депрессивное состояние.

3-я шкала – «эмоциональной лабильности» (истерии) - при повышении ее показателей в рамках нормативного разброса отражает высокую чувствительность к средовым воздействиям и неустойчивость эмоционального состояния, усугубляющуюся при более высоких Т-баллах (выше 70 Т) вплоть до истероидных, истерических или истероформных проявлений.

4-я шкала – «шкала импульсивности» (психопатии), отражающая стенический тип реагирования в пределах повышения до 70 Т, а выше 70 Т - импульсивное, плохо контролируемое поведение психопатических личностей возбудимого круга, а также в рамках психопатоподобного синдрома резидуально-органического или эндогенного происхождения.

6-я шкала – «ригидности» (паранойи), в норме отражает склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях, высокие показатели выявляют аффективную насыщенность переживаний, враждебность, склонность к паранойальным реакциям. Относится так же, как и 4-я шкала, к стеническому (при значительном повышении к гиперстеническому) типу реагирования.

7-я шкала – «тревожности» (психастении). Выявляет повышенную боязливость, конституционально обусловленную тревожность, неуверенность, конформность, мнительность при повышении в пределах 70 Т. Более высокие показатели по 7-й шкале отражают проблему выраженной психастенической акцентуации, преобладание тормозимых (гипостенических) черт, тревожное состояние в рамках невротических или невротоподобных расстройств.

8-я шкала – шкала «индивидуалистичности» (шизоидности), бывает повышенной у лиц неконформных, с выраженной независимостью суждений и поступков, нестандартным мышлением, что при высоких показателях проявляется как своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности.

9-я шкала выявляет уровень оптимистичности (гипомании) и отражает стенический тип реагирования. Показатели 9-й шкалы, расположенные ниже 50 Т, настораживают в плане снижения жизнелюбивых тенденций и общей активности.

2.3.2. Опросник невротических и невротоподобных расстройств (ОНР)

Модифицирован на базе опросника BVNK-300, является психодиагностическим инструментом для дифференцированной оценки структуры и степени выраженности невротических и невротоподобных состояний, а также особенностей личности, потенциально значимых для генеза этих расстройств.

1. «Степень ухудшения общего самочувствия».
2. «Колебания интенсивности жалоб».
3. «Расстройства в сфере пищеварения».
4. «Расстройства сердечно-сосудистой деятельности».
5. «Нарушения общей чувствительности».
6. «Нарушения моторики».

7. «Психическая истощаемость».
8. «Нарушения сна».
9. «Повышенная возбудимость».
10. «Переживание своей малоценности».
11. «Пониженная работоспособность».
12. «Навязчивые мысли и действия».
13. «Немотивированный страх».
14. «Фобические расстройства».
15. «Нарушения социальных контактов».

Личностные шкалы

16. «Неуверенность в себе».
17. «Познавательная и социальная пассивность».
18. «Невротический «сверхконтроль» поведения».
19. «Аффективная неустойчивость».
20. «Интровертированная направленность личности».
21. «Ипохондричность».
22. «Социальная неадаптивность».

Специальные шкалы

23. «Злоупотребление курением».
24. «Злоупотребление лекарственными средствами».
25. «Злоупотребление алкоголем».
26. «Гипоманиакальные проявления».
27. «Паранойяльная направленность».
28. «Галлюцинаторно-бредовые нарушения».

Контрольные шкалы

29. «Симуляция».
30. «Диссимуляция».

Результаты интерпретировались в соответствии со значением Т-баллов и процентной значимостью данных по шкале: $R/R_{max} \%$, где R – сырая оценка, R_{max} – максимальная сумма сырых оценок шкалы.

2.4. Методы статистической обработки

Статистический анализ и обработку данных проводили с использованием пакета STATISTICA, версия 5.0 для Windows (Боровиков В.П., 2013).

Производили расчеты средней арифметической (M), среднеквадратического отклонения (σ), ошибки средней арифметической (m). Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента для независимых выборок. Различия оценивали как достоверные при $P < 0,05$.

Выводы по второй главе

Исследование выполнено на базе психотерапевтического кабинета краевой клинико-диагностической клинической больницы.

Обследовано 25 больных с невротическими расстройствами, соответствующими МКБ 10, рубрике F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), диагноз ставился врачом психотерапевтом на основании характера предъявляемых жалоб, клинического обследования и психологических методов диагностики. Следует отметить также, что все больные соответствовали определенному социальному уровню, и характеризовались средним, либо выше среднего, уровнем интеллекта, что представляется необходимым для валидности психологического обследования и выявления достоверных закономерностей. Средний возраст обследованных составил $43,7 \pm 1,7$ года.

В качестве диагностических критериев невротических расстройств были избраны следующие: а) психогенная обусловленность возникновения невротической симптоматики; б) длительность заболевания на момент выявления не менее 3-х недель после возникновения; в) доминирование в клинической картине астеновегетативных расстройств; г) умеренно выраженная социально-трудовая дезадаптация; д) оптимальная эффективность психотерапевтических воздействий на клинические проявления заболевания.

Проведенное исследование включало следующие этапы:

1. Проведение психологического тестирования пациентов с неврозами 25 человек, в т.ч. практически здоровых –16 человек, методами:

- «Миннесотский многошкальный личностный опросник (ММПИ-566)»;
- «Опросник невротических и неврозоподобных расстройств(ОНР)»;
- метод статистической обработки - пакет «STATISTICA», версия 5.0 для Windows.

2. Проведение психологической коррекции пациентов с неврозами 25 человек, в т.ч. практически здоровых –16 человек с помощью методики «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление (ГСПМР)».

Общее число обследованных пациентов с неврозами составило 25., в т.ч. практически здоровых –16.

3. Проведение психологического тестирования пациентов с неврозами 25 человек, в т.ч. практически здоровых –16 человек, методами:

- «Миннесотский многошкальный личностный опросник (ММПИ-566)»;
- «Опросник невротических и неврозоподобных расстройств(ОНР)»;
- метод статистической обработки - пакет «STATISTICA», версия 5.0 для Windows.

Глава 3. Результаты исследования

3.1. Исследование психологических предикторов возникновения непсихотических расстройств

До сеансов психологической коррекции все больные предъявляли жалобы общевротического характера: чрезмерная раздражительность, несдержанность, повышенная чувствительность к незначительным раздражителям, трудности концентрации внимания. Пациенты жаловались на слезливость, утомляемость, постоянное чувство усталости, снижение

работоспособности и интереса к окружающему. Характерны колебания настроения, страхи, снижения настроения, нарушения вегетососудистого и вегетативного плана.

Результаты ММРІ, проведенного до курса лечения, выявили завышение показателей шкал астенического регистра 1 (ипохондрия), 2 (депрессия), 3 (истерия), 7 (психастения) в диапазоне от 65 до 100 Т-баллов с эпизодическими включениями шкал 4 (психопатия), 6 (паранойяльность), 8 (шизоидность) в диапазоне от 50 до 70 Т-баллов. Имело место снижение ниже среднего уровня показателей 9 шкалы (гипомании) у подавляющего большинства пациентов, в диапазоне от 30 до 50 Т-баллов (рис. 5)

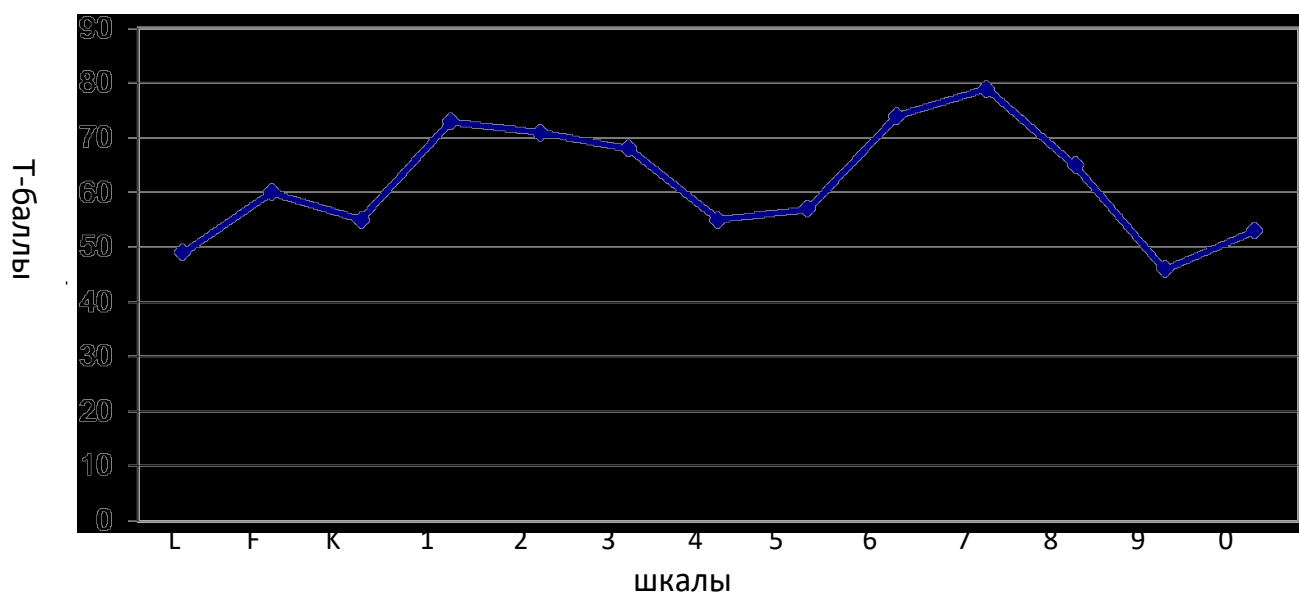


Рис.1. Усредненные результаты опросника ММРІ у пациентов непсихотическими расстройствами до курса коррекции

Полученные данные позволяют сделать вывод о дезадаптации невротического плана, сопровождающейся нарушением вегетативной авторегуляции организма, снижением поисковой активности, нарушении целенаправленности поведения, адекватности эмоциональной сферы у больных невротическими расстройствами, что универсально отражалось в завышении астенических шкал. Отдельные виды неврозов, сформированные на основе индивидуальных характерологических особенностей,

сопровождались стеническими включениями по типу импульсивности, паранойяльности, фиксированности поведения, шизоидности.

По результатам оценочных шкал часто встречалось повышение за норму шкалы F (достоверности), что выдает установку на аггравацию симптомов и подтверждает неадекватность восприятия действительности больными (рис.1).

При анализе данных методики ОНР у больных невротическими расстройствами выявляются (в скобках даются средние данные по выборке в Т-баллах) (рис. 2):

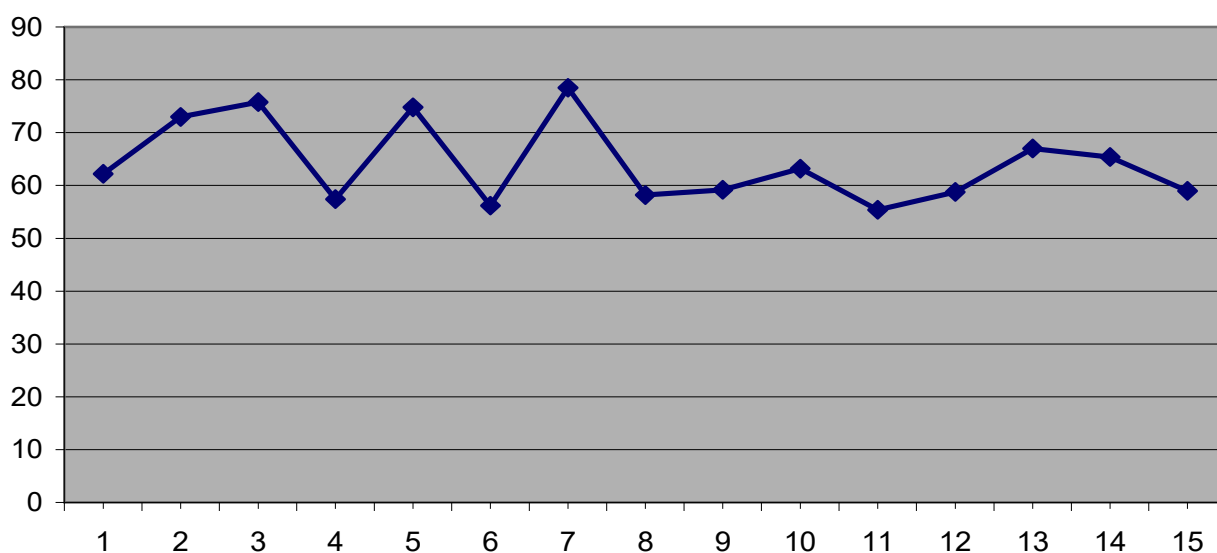


Рис.2. Средние значения клинических шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) до курса коррекции

Выраженные жалобы на психическую истощаемость (79,1), расстройства в сфере пищеварения (74,3), нарушения общей чувствительности (73,2), колебания интенсивности жалоб (72,6).

Жалобы на ухудшение общего самочувствия (61,8), переживание своей малоценности (62,2), немотивированный страх (67,1), фобические расстройства (65,8). Отдельные жалобы на нарушение социальных контактов (59,6), повышенную возбудимость (59,5), нарушения сна (59,1).

Показатели личностных шкал находились в диапазоне от 15 до 30 Т-баллов, за исключением шкал ипохондрии и аффективной неустойчивости, показатели которых оказались завышены у большинства больных (рис. 7). Наиболее высокую значимость имела шкала ипохондрии, показатели ее находились в пределах от 40 до 70 Т-баллов, ее значимость - около 90% у всех испытуемых.

Таким образом, в соответствии с данными методики ОНР, у больных невротическими расстройствами субъективно, за счет личностной ипохондричности (невозможности адекватно воспринимать и регулировать свое состояние), аффективной неустойчивости и длительного действия стрессора происходит функциональное нарушение процессов восприятия и переработки информации, снижается стрессоустойчивость организма, нарушается психологический энергообмен (рис.1,2).

По результатам психодиагностического обследования у больных невротическими расстройствами установлено искажение субъективного восприятия действительности (нарушение внутренней и внешней чувствительности), сформированное на основе нарушения информационного и энергетического вегетативного баланса. Для отношений личности больных характерна искаженная самооценка, которая отражает переживания, связанные с неудовлетворенностью собой, собственной малоценностью, эмоциональным неблагополучием и противоречивостью самообраза. У большинства больных выявляется факт высокой значимости болезни в их жизни, что связано с актуальными переживаниями по поводу своего самочувствия, своих отношений к окружающим. Такие изменения психологического статуса больных нашли свое отражение в повышении астенических шкал опросника ММРІ, снижении активности позиции, увеличении ипохондрических тенденций, что клинически также подтверждалось результатами опросника ОНР.

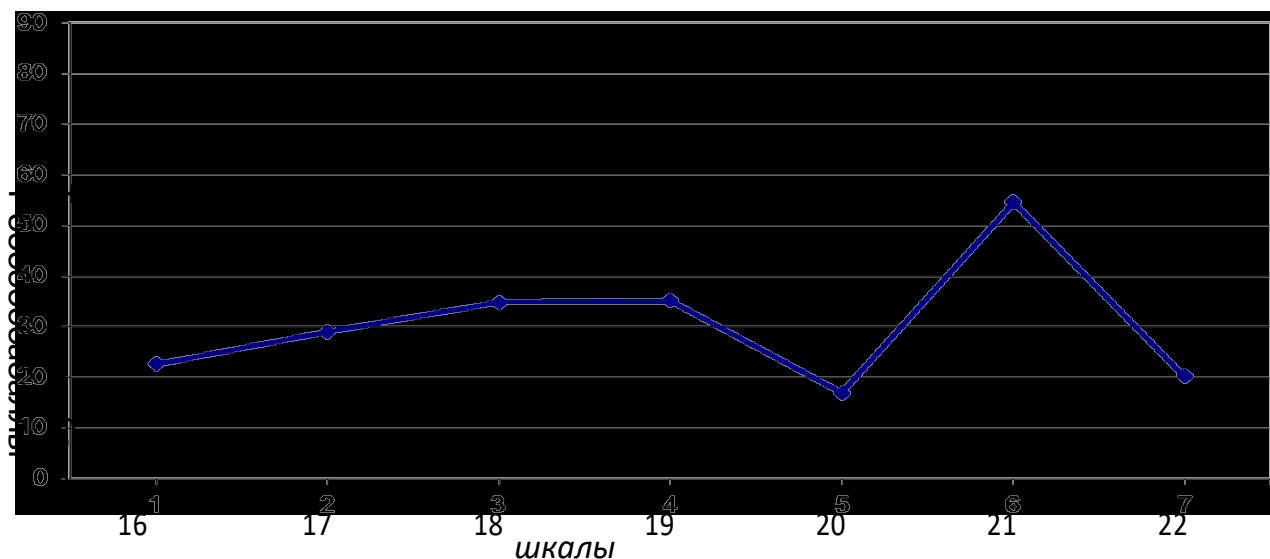


Рис. 3. Средние значения личностных шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) до курса коррекции

За счет длительного действия факторов, вызывающих напряжение, в структуре личности начинают преобладать защитные астенические характеристики, замыкающие на себе психологическую субъективную действительность в результате переживания острой неудовлетворенности ситуацией, длительного негативного переживания. Это примитивизирует социальную активность, вызывая ригидность и патологическую замкнутость поведения на удерживающих, негативных факторах, что клинико-психологически проявляется в виде астенических, депрессивных, ипохондрических и истерических проявлений.

Глава 3.2. Особенности изменения психологического состояния у пациентов с не психотическими расстройствами под влиянием психологической коррекции

После курса ГСПМР, при сохранении общего паттерна показателей, в результатах опросника ММРІ у больных непсихотическими расстройствами наблюдалась тенденция к нормализации профиля. Следует отметить

некоторую динамичность (неустойчивость) показателей, которая теперь находилась в пределах 45-75 Т-баллов, и особенную устойчивость при этом сохраняли показатели астенических шкал (1, 2, 3, 7), остававшиеся в виде одного-двух пиков на пределе нормы, при нормативном разбросе показателей остальных шкал. (рис. 4)

Наблюдалась тенденция к увеличению показателей шкал 4 и 9, отражающих активность позиции (50-75 Тб), при их изначальном снижении (30-50 Тб).

Полученные данные позволяют сделать вывод о нивелировании дезадаптации невротического плана, в первую очередь нарушающей процессы адекватного отражения действительности (ощущения и восприятия), и восстановлении энергетики психосоциальных потребностей, которые, после психотерапии, вышли из замкнутости внутри психофизического круга, блокирующего адекватное внешнее самовыражение больных неврозами. Возникающие вследствие перегрузки эмоциональной сферы нарушения саморегуляции психических процессов, неудовлетворенные потребности самоактуализации отражались в исходном завышении астенических шкал, свидетельствующих о пассивности и зависимости поведения.

Таким образом, наиболее значимым фактором, свидетельствующим о восстановлении энергетики регуляторных психических процессов, следует, по нашим данным, считать появление поисковой активности, направленной на удовлетворение индивидуальных характерологических потребностей, что подтверждалось повышением астенических характеристик профиля ММРІ и снижении показателей астенического регистра. Это свидетельствует о разрыве, блокирующего поведение, замкнутого невротического круга, вызванного наличием доминантного очага в спектре психических процессов; появлении психической гибкости; переносе и распространении запредельного нервно-психического возбуждения аффилиативных

потребностей на другие сферы жизнедеятельности; появлении возможности объективности суждений; расширении сферы сознания (рис. 4).

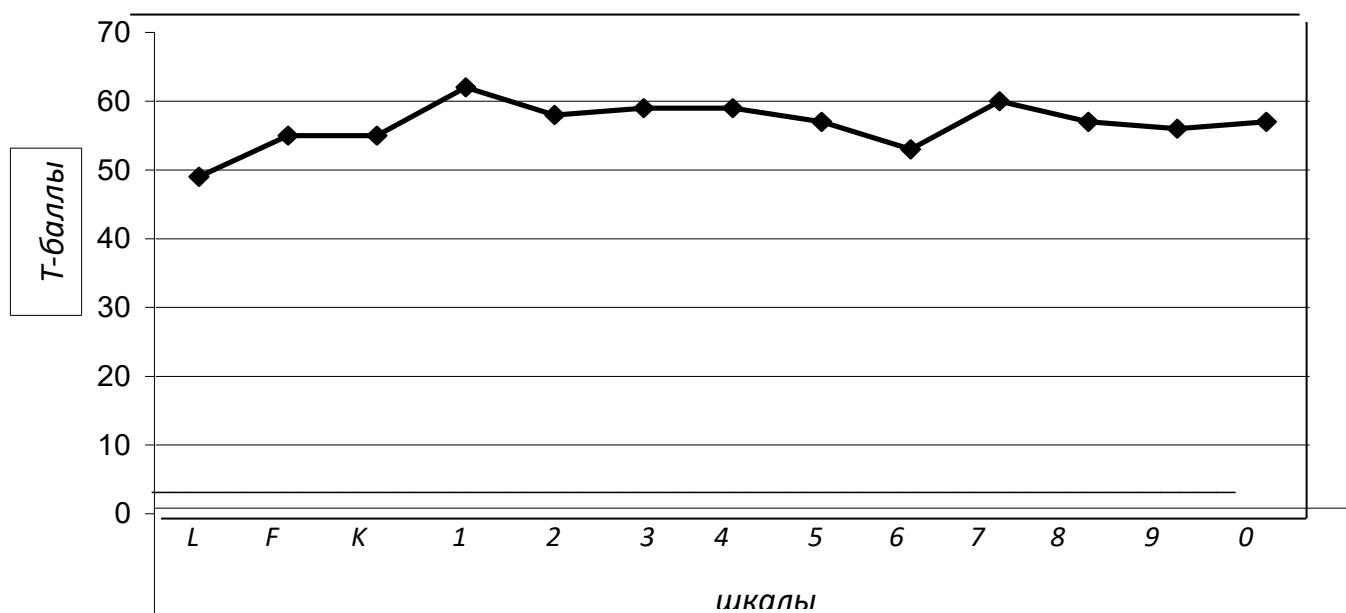


Рис.4. Усредненные результаты опросника ММРІ у больных непсихотическими расстройствами после психологической коррекции

Среднее значение психической истощаемости в среднем снизилось до 62,7 Т-баллов, нарушений в сфере чувствительности до 61,1. Также отмечалось выраженное снижение показателей шкал: расстройства в сфере пищеварения (58,2); колебания интенсивности жалоб (57,4); жалоб на ухудшение общего самочувствия (58,3 от исходных 61,8); нарушений сна (54,5 Тб от 59,1 исходных). Снижение показателей остальных клинических шкал опросника за пределы 55 Т-баллов свидетельствует о нивелировании невротической симптоматики у этих людей (рис. 4).

Глава 3.3 Динамика степени выраженности невротических проявлений у респондентов, страдающих непсихотическими расстройствами после психологической коррекции

В личностных шкалах ОНР у пациентов с непсихотическими расстройствами после проведенной психологической коррекции произошел сдвиг в сторону снижения показателей шкалы ипохондричности (29 Т-баллов от 48 исходных), что свидетельствует о снижении значимости болезни и внутрирегуляторных процессов для личности. Также снизилось значение шкалы аффективной неустойчивости до 31,6 Т-баллов. Данные показатели можно считать очень значимыми прогностически, так как они отражают изменение личностных установок, которые в дальнейшем могут выступить в качестве профилактического фактора, повышающего индивидуальную специфическую стрессоустойчивость (рис. 5).

Рис. 5 Средние значения клинических шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) после коррекции

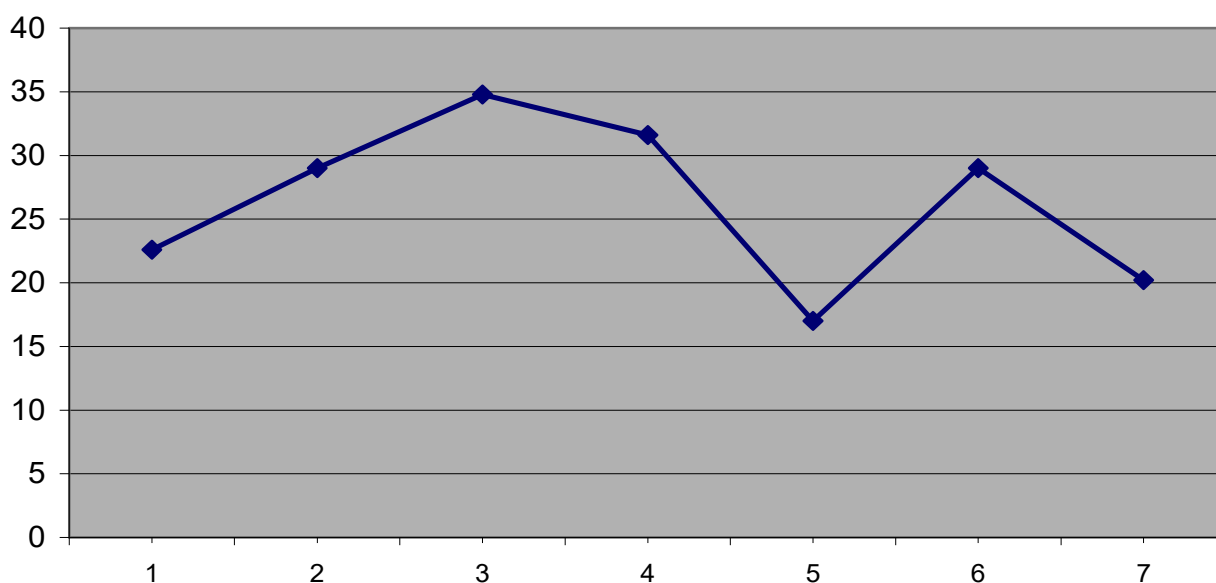
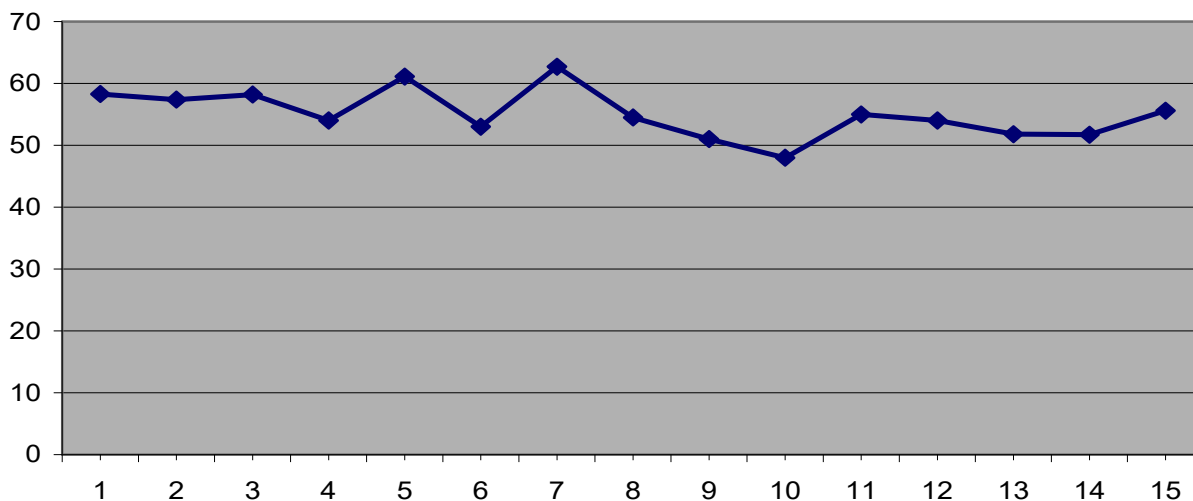


Рис. 6. Средние значения личностных шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) после коррекции



Полученные результаты подтверждались данными клинической беседы: в самоотчетах больные стали упоминать появление периодов свободы в поведении, восстановлении сна, эффективности процессов саморегуляции после пройденной гетеросуггестивной коррекции.

Выводы по третьей главе

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что и анализ природы социогенных влияний и механизмов личностного реагирования на них приобретает важнейшее значение, особенно в рамках специальной психологии и психиатрии (Семке В.Я., 2006; Аксенов М.М., 2011; Куприянова И.Е., 2005). По данным Минздрава за 2018 год из самых распространенных психических расстройств у россиян на первом месте оказались расстройства непсихотического характера, которые диагностированы у 2 000 647 пациентов (в 2012 году — у 2 090 683 человек). При непсихотических расстройствах пациент, в целом, адекватно оценивает окружающую обстановку, стремится соответствовать социально принятым нормам, может отдавать себе отчет в том, что болен. К ним относятся, в частности, депрессивные, маниакальные и невротические расстройства.

Такие заболевания нередко связаны с психотравмирующими обстоятельствами и личностными характеристиками больного, такие расстройства наиболее характерны для людей молодого и среднего возраста.

Происходящий в настоящее время рост числа пограничных состояний во многом определяется социально-экономическими преобразованиями в обществе, что приводит к формированию «ноогенных» неврозов и личностных девиаций (Александровский Ю.А., 2005; Аксенов М.М., 2011). Среди факторов, способствующих личностной дезинтеграции, следует отметить значительное расслоение населения, усложняющиеся межличностные (в том числе этнические) конфликты, экологическое неблагополучие, семейно-бытовую неустроенность (Карвасарский Б.Д., 2016).

В связи с чем, дальнейшая разработка методов диагностики и коррекции не психотических расстройств, базирующихся на принципах клинической психологии и способствующих повышению социальной адаптации пациентов с пограничными расстройствами, заслуживает особого внимания.

Современные научные исследования (Менделевич В.Д., 2008; Залевский Г. В., 2006; Александровский Ю.А., 2005), указывают на то, что 80% всех выявленных патологий страдают именно пограничными формами нервно-психической патологии, необходимость психопрофилактики этой патологии в охране психического здоровья нации становится очевидной.

Различные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия ведут к дестабилизации психических функций организма, которые проявляются как на донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-дезадаптации, так и на нозологическом уровне пограничных психических расстройств, клинические формы которых отличаются всевозрастающим многообразием (Александровский Ю.А., 2005; Семке В.Я., 2010). Сложной, но актуальной в клинической психологии

представляется проблема лечения и профилактики не психотических расстройств, связанная не только с предупреждением заболеваний, но и с разработкой дифференцированных методов профилактики, прогнозирования и коррекции причин, формирующих факторы риска развития патологии

Целью исследования явилось изучение механизмы психологической коррекции при непсихотических расстройствах на примере методики психомышечной релаксации.

Исследование выполнено на базе психотерапевтического кабинета краевой клинико-диагностической клинической больницы.

Проведенное исследование включало следующие этапы: 1) психологическое тестирование; 2) психологическую коррекцию.

Группа больных с невротическими расстройствами

Общее число обследованных пациентов с не психотическими расстройствами составило 25. Группа состояла только из женщин. Диагноз ставился врачом психотерапевтом на основании характера предъявляемых жалоб, клинического обследования и психологических методов диагностики и соответствовал МКБ 10, рубрике F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Все больные предъявляли идентичные жалобы: повышенная утомляемость, нарушения сна, слабость, плаксивость, тревога, нежелание выполнять работу, избегание принятия решений, нарушения чувствительности кожных покровов, головные боли, тошнота, повышение или снижение аппетита, снижение контроля над своими мыслями и действиями, трудности социопсихологической адаптации, повышенная импульсивность, раздражительность, чувствительность к критике. Следует отметить также, что все больные соответствовали определенному социальному уровню, и характеризовались средним, либо выше среднего, уровнем интеллекта, что представляется необходимым для валидности психологического обследования и выявления

достоверных закономерностей. Средний возраст обследованных составил $47,7 \pm 5,2$ года.

В качестве диагностических критериев не психотических расстройств были избраны следующие: а) психогенная обусловленность возникновения невротической симптоматики; б) длительность заболевания на момент выявления не менее 3-х недель после возникновения; в) доминирование в клинической картине астеновегетативных расстройств; г) умеренно выраженная социально-трудовая дезадаптация; д) оптимальная эффективность психотерапевтических воздействий на клинические проявления заболевания.

В качестве методики психологической коррекции использовался метод «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация с позитивной эмоциональной эмажинацией на выздоровление» (ГСПМР) разрабатывалась Кожевниковым В.Н. с 1984 г. и является модификацией Ментального тренинга Л.Э.Унесталя [Unestahl L.-E., Bundzen P., 1996].

Моделируя систематически настроение и психофизиологическое состояние путем гетеросуггестии, формируется определенная матрица долговременной памяти в мозге человека, которая, будучи индивидуальной по содержательному наполнению, должна соответствовать некоторым универсальным человеческим характеристикам; в психологической матрице должны присутствовать такие факторы, как положительные эмоции: удовлетворение, радость, освобождение и др.; приятные ощущения: комфорт, тепло, чувство бестелесности, свободы; чувство социального благополучия: доброта, любовь, причастность к окружающему миру, принятие его. Сочетаясь, эти факторы образуют в организме такие временно-пространственные соотношения (свобода, любовь, стабильность) которые оптимизируют работу мозга (гармонизация межполушарной активности по значениям омега-потенциала, наличие оптимального уровня МВ2 в кардиоритме, функциональное благополучие эмоциогенных структур) на

генетически заданное благополучие, облегчают психотерапевту и пациенту доступ в его подсознание с целью развития и саморазвития в заданном пространственно-временном направлении.

Психодиагностика в нашем исследовании, в соответствии с поставленными задачами оценки и объективизации психотерапии представляет собой набор методик, дающих полный спектр количественных и качественных (в клинической психологии – синдромальных и симптоматических) параметров психосоматического состояния человека, адекватности его самооценки, наличия и вида психосоциальной дезадаптации. Этим условиям, с нашей точки зрения полностью удовлетворяет психодиагностический набор, состоящий из полного варианта опросника ММРІ (566 вопросов) и «Опросника невротических и невротоподобных расстройств» (ОНР) [Карвасарский Б.Д., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. и др., 1999], в котором первый дает количественную и качественную оценку психосоциальной, клинико-психологической патологии, наличия того или иного психопатологического синдрома, а второй дает объективный результат психосоматической, симптоматической самооценки, характеризует полярные личностные свойства, патогенетически значимые для развития невроза и отражающие невротические изменения личности.

До сеансов психологической коррекции все больные предъявляли жалобы общевротического характера: чрезмерная раздражительность, несдержанность, повышенная чувствительность к незначительным раздражителям, трудности концентрации внимания. Пациенты жаловались на слезливость, утомляемость, постоянное чувство усталости, снижение работоспособности и интереса к окружающему. Характерны колебания настроения, страхи, снижения настроения, нарушения вегетососудистого и вегетативного плана.

Результаты ММРІ, проведенного до курса лечения, выявили завышение показателей шкал астенического регистра 1 (ипохондрия), 2 (депрессия), 3 (истерия), 7 (психастения) в диапазоне от 65 до 100 Т-баллов с эпизодическими включениями шкал 4 (психопатия), 6 (паранойяльность), 8 (шизоидность) в диапазоне от 50 до 70 Т-баллов. Имело место снижение ниже среднего уровня показателей 9 шкалы (гипомании) у подавляющего большинства пациентов, в диапазоне от 30 до 50 Т-баллов.

Полученные данные позволяют сделать вывод о дезадаптации невротического плана, сопровождающейся нарушением вегетативной авторегуляции организма, снижением поисковой активности, нарушении целенаправленности поведения, адекватности эмоциональной сферы у больных невротическими расстройствами, что универсально отражалось в завышении астенических шкал. Отдельные виды невротозов, сформированные на основе индивидуальных характерологических особенностей, сопровождались стеническими включениями по типу импульсивности, паранойяльности, фиксированности поведения, шизоидности.

По результатам оценочных шкал часто встречалось повышение за норму шкалы F (достоверности), что выдает установку на аггравацию симптомов и подтверждает неадекватность восприятия действительности больными.

При анализе данных методики ОНР у больных невротическими расстройствами выявляются (в скобках даются средние данные по выборке в Т-баллах).

Жалобы на ухудшение общего самочувствия (61,8), переживание своей малоценности (62,2), немотивированный страх (67,1), фобическиерасстройства (65,8). Отдельные жалобы на нарушение социальных контактов (59,6), повышенную возбудимость (59,5), нарушения сна (59,1).

Показатели личностных шкал находились в диапазоне от 15 до 30 Т-баллов, за исключением шкал ипохондрии и аффективной неустойчивости, показатели которых оказались завышены у большинства больных (рис. 7). Наиболее высокую значимость имела шкала ипохондрии, показатели ее находились в пределах от 40 до 70 Т-баллов, ее значимость - около 90% у всех испытуемых.

Таким образом, в соответствии с данными методики ОНР, у больных непсихотическими расстройствами субъективно, за счет личностной ипохондричности (невозможности адекватно воспринимать и регулировать свое состояние), аффективной неустойчивости и длительного действия стрессора происходит функциональное нарушение процессов восприятия и переработки информации, снижается стрессоустойчивость организма, нарушается психологический энергообмен..

По результатам психодиагностического обследования у больных непсихотическими расстройствами установлено искажение субъективного восприятия действительности (нарушение внутренней и внешней чувствительности), сформированное на основе нарушения информационного и энергетического вегетативного баланса. Для отношений личности больных характерна искаженная самооценка, которая отражает переживания, связанные с неудовлетворенностью собой, собственной малоценностью, эмоциональным неблагополучием и противоречивостью самообраза. У большинства больных выявляется факт высокой значимости болезни в их жизни, что связано с актуальными переживаниями по поводу своего самочувствия, своих отношений к окружающим. Такие изменения психологического статуса больных нашли свое отражение в повышении астенических шкал опросника ММРІ, снижении активности позиции, увеличении ипохондрических тенденций, что клинически также подтверждалось результатами опросника ОНР.

За счет длительного действия факторов, вызывающих напряжение, в структуре личности начинают преобладать защитные астенические характеристики, замыкающие на себе психологическую субъективную действительность в результате переживания острой неудовлетворенности ситуацией, длительного негативного переживания. Это примитивизирует социальную активность, вызывая ригидность и патологическую замкнутость поведения на удерживающих, негативных факторах, что клинико-психологически проявляется в виде астенических, депрессивных, ипохондрических и истерических проявлений.

После курса психокоррекции, при сохранении общего паттерна показателей, в результатах опросника ММРІ у больных непсихотическими расстройствами наблюдалась тенденция к нормализации профиля. Следует отметить некоторую динамичность (неустойчивость) показателей, которая теперь находилась в пределах 45-75 Т-баллов, и особенную устойчивость при этом сохраняли показатели астенических шкал (1, 2, 3, 7), остававшиеся в виде одного-двух пиков на пределе нормы, при нормативном разбросе показателей остальных шкал.

Наблюдалась тенденция к увеличению показателей шкал 4 и 9, отражающих активность позиции (50-75 Тб), при их изначальном снижении (30-50 Тб).

Полученные данные позволяют сделать вывод о нивелировании дезадаптации невротического плана, в первую очередь нарушающей процессы адекватного отражения действительности (ощущения и восприятия), и восстановлении энергетики психосоциальных потребностей, которые, после психотерапии, вышли из замкнутости внутри психофизического круга, блокирующего адекватное внешнее самовыражение больных невротиками. Возникающие вследствие перегрузки эмоциональной сферы нарушения саморегуляции психических процессов, неудовлетворенные потребности самоактуализации отражались в исходном

завышении астенических шкал, свидетельствующих о пассивности и зависимости поведения.

Таким образом, наиболее значимым фактором, свидетельствующим о восстановлении энергетики регуляторных психических процессов, следует, по нашим данным, считать появление поисковой активности, направленной на удовлетворение индивидуальных характерологических потребностей, что подтверждалось повышением астенических характеристик профиля ММРІ и снижением показателей астенического регистра. Это свидетельствует о разрыве, блокирующего поведение, замкнутого невротического круга, вызванного наличием доминантного очага в спектре психических процессов; появлении психической гибкости; переносе и распространении запредельного нервно-психического возбуждения аффилиативных потребностей на другие сферы жизнедеятельности; появлении возможности объективности суждений; расширении сферы сознания.

В личностных шкалах ОНР у пациентов с непсихотическими после проведенной психологической коррекции произошел сдвиг в сторону снижения показателей шкалы ипохондричности (29 Т-баллов от 48 исходных), что свидетельствует о снижении значимости болезни и внутрирегуляторных процессов для личности. Также снизилось значение шкалы аффективной неустойчивости до 31,6 Т-баллов. Данные показатели можно считать очень значимыми прогностически, так как они отражают изменение личностных установок, которые в дальнейшем могут выступить в качестве профилактического фактора, повышающего индивидуальную специфическую стрессоустойчивость. Полученные результаты подтверждались данными клинической беседы: в самоотчетах больные стали упоминать появление периодов свободы в поведении, восстановлении сна, эффективности процессов саморегуляции после пройденной гетеросуггестивной коррекции.

Заключение.

1. Результаты, полученные по опроснику ММРІ позволяют сделать вывод, о том, что при непсихотических расстройствах существует дезадаптация невротического плана, сопровождающаяся нарушением вегетативной авторегуляции организма, снижением поисковой активности, нарушением целенаправленности поведения, адекватности эмоциональной сферы.

2. В соответствии с данными методики ОНР, у больных непсихотическими расстройствами субъективно, за счет личностной ипохондричности (невозможности адекватно воспринимать и регулировать свое состояние), аффективной неустойчивости и длительного действия стрессора происходит функциональное нарушение процессов восприятия и переработки информации, снижается стрессоустойчивость организма, нарушается психологический энергообмен.

3. Под влиянием психологической коррекции при непсихотических расстройствах формируется адаптивное психологическое состояние, вызванное купированием патологических симптомов, нивелированием конфликта между эмоциональной и информационной сферами психики.

4. Акцент во время коррекции непсихотических расстройств должен смещаться на восстановление регуляторных и прогностических функций психики и на повышение эмоционального подкрепления психической установки, восстановлении спонтанности эмоционального самовыражения.

5. Психологическая коррекция у пациентов с непсихотическими расстройствами сопровождается общей позитивацией и стабилизацией деятельности психических процессов, снятием проблемной фиксации, повышением гибкости поведения.

6. Предложен способ психологической коррекции непсихотических расстройств – методика психомышечной релаксации, которая позволяет, посредством комплексного оздоравливающего эффекта, направленного на гармонизацию состояния нервной системы, восстанавливать

психологические показатели.

На основе полученных исследований, в ходе методики психомышечной релаксации обоснованы, расширены и внедрены в практику клинической психологии критерии, указывающие на успешность коррекции непсихотических расстройств.

Список литературы:

1. Аксенов, М.М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональные аспекты): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2006. - 46 с.
2. . Александровский, Ю. А. Краткий психиатрический словарь / Ю.А. Александровский. - М.: РЛС, 2009.-250с.
3. Александровский, Ю. А. О системном подходе к пониманию патогенеза непсихотических психических расстройств и обоснованию рациональной терапии больных с пограничными состояниями / Ю.А. Александровский // Журн. Трудный пациент.- 2006.-№ 11.- С.26.
4. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский – М.: Медицина, 2015. – 496 с.
5. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства) / Ю.А.Александровский – М.: Наука, 2005. – 272 с.
6. Боровиков, В.П. Популярное введение в современный анализ данных в системе STATISTICA: методология и технология современного анализа данных [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.П. Боровиков .— М. : Горячая линия – Телеком, 2013 . — 291 с. : ил. — ISBN 978-5-9912-0326-5 .— Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/214214>.

7. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин - Л.: Наука, 2006. – 270 с.
8. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности. (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова — М.: БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ, 2011. — 175 с.
9. Бокерия, Л. А. Методы и программы оценки качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью : учеб. пособие / Л.А. Бокерия, Н. Г. Бенделиани // Науч. центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Рос. акад. мед. наук. - М. : [б. и.], [2011]. - 44 с.
10. Васильев, И. А. Эмоции и мышление [Электронный ресурс] / И.А. Васильев, В.Л. Поплужный, О.К.Тихомиров. Научная библиотека. – М.:МГУ. – 192 с. – Режим доступа: <http://elib.pstu.ru/vufind/Record/RUPSTUbooks106573/>. – (Дата обращения: 15.10.2019)
11. Вилюнас, В.К. Психология эмоций. Хрестоматия / В.К. Вилюнас.- СПб.: Питер, 2007. – 496с
12. Вассерман, Л.И. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 38. – С. 24–28.
13. Великанова, Л. П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект.: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук. – Москва, 2008. – 43 с.
14. Выготский, Л. С. Учения об эмоциях / Л.С. Выготский. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 160 с.
15. Выготский, Л. С. Лекции по психологии / Л.С. Выготский. - СПб.: Союз, 2009. - 144 с.

16. Залевский, Г. В. Личность и фиксированные формы поведения / Г.В. Залевский. - М.: ИП РАН, 2007. - 366с.
17. Залевский, Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования / Г.В.Залевский. – Томск.: ТГУ, 2006.- 148 с.
18. Залевский, Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г.В. Залевский. – Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2006. – 272 с.
19. Каледа, В.Г. Депрессия - вызов XXI века. Материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием / В.Г. Каледа, А.Н.Бархатова, У.О.Попович.— М., 2018. — 290 с.
20. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 2016. – 576 с.
21. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский, Н.Н. Володин Н.Н., А.П. Бизюк . – СПб.: Питер, 2019. – 896 с.
22. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
23. Кербинов, О.В. Клиническая динамика психопатий и неврозов: Актовая речь / О.В. Кебриков.– М., 2011. – 7 с.
24. Кожевникова, Т.А. Невротические и неврозоподобные расстройства(психонейроиммунные механизмы, принципы психотерапии) Монография / Т.А. Кожевникова, В.Я. Семке, В.Н. Кожевников, Т.П. Ветлугина; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. - Красноярск, 2010. – 368 с.
25. Кожевников В.Н. Невротические и неврозоподобные расстройства (клинико-патодинамические, реабилитационные и превентивные аспекты): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2006. – 41 с.

26. Копинг-поведение у больных невротами и его динамика под влиянием психотерапии / Чехлатый Е.И. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. - № 4. – С. 92-93.
27. Куприянова, И.Е. Качество жизни и психическое здоровье / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. – Томск: РАСКО, 2005.– 121 с.
28. Лакосина, Н.Д. Актуальные вопросы клиники и систематики пограничных нервно-психических расстройств. Пограничные нервно-психические расстройства / Н.Д. Лакосина, Под ред. Г.В. Морозова. – М., 2008. – С. 116–122.
29. Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясичев. – Л.: Медицина, 2009. - 430 с.
30. Леонтьев, Д. А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 18 с.
31. Леонтьев, А.Н. Потребности, мотивы и эмоции / Флогистон. Библиотека по психологии. – М., 2005. -2 апреля. – Режим доступа: <http://flogiston.ru/library/leontev> / (Дата посещения : 10.10.2019.)
32. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.
33. Меерсон, Ф.З. Адаптационная медицина: Механизмы и защитные эффекты адаптации // Ф.З. Мерсон.-М:Нур.Мед.LtD.-1993.-332с.
34. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д.Менделевич. – 6-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
35. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. – М., 2015. – 650 с.
36. Митихина, И.А. Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения/ И.А. Митихина, В.Г. Митихин, Н.А. Творогова, В.С.Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. № 4.- С. 4-10.

37. МКБ 10 [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>.- (Дата обращения: 09.09.2019г.)
38. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы/ В.Н. Мясищев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 2006. – 425с.
39. Названы самые распространенные в РФ психические расстройства / Газета.Ру. – М., 2019. – 3 марта. – Режим доступа: <https://rg.ru/2019/03/03/nazvany-samyie-rasprostranennyye-v-rf-psihicheskie-rasstrojstva.html> / (Дата посещения : 01.10.2019.)
40. Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В.А.Орлов, С.Р. Гиляревский. – М., 2012. – 150 с.
41. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса., Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 2010. – 288 с.
42. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности)/ Смулевич А.Б., Волель Б.А. // Журн невропат, и психиатр, им. С.С.Корсакова 2008. - № 5. - С. 4-12.
43. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии/С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2005. – 713 с.
44. Русалова, М.Н. Индивидуальные поведенческие и вегетативные проявления эмоционального стресса у человека [Текст] / М.Н. Русалова, Д.Н. Берлов, Ю.В. Украинцева // Журнал высшей нервной деятельности им.И.П. Павлова. – 2006. -№2. – С. 183-192.
45. Семке, В.Я. Психогении современного общества: Научно-практическое издание / В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2006.– 600 с.
46. Семке, В.Я.Пограничные состояния. Региональные аспекты / В.Я. Семке, М.М. Аксенов.– Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2010. – 184 с.
47. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии/ Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь. – 2009. – 350 с.
48. Симонов, П.В. Информационная теория эмоций/ П.В. Симонов. – Москва: УМК «Психология». – 2007. – 303с.

49. Систематика пограничных нервно-психических расстройств/ Ушаков, Г.К. // Неврозы и пограничные состояния. – Л., 2011. – С. 10-11.
50. Смулевич А. Б., Психосоматические расстройства. – М., 1997. – 120 с.
51. Собчик ,Л.Н. Метод цветowych выборов – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2006. – 128 с.
52. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (ММРІ) / Л. Н. Собчик. – СПб., 2009. – 251 с.
53. Социальная дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции / Н.М. Манухина // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2014.-№1. – С.20
54. Уманский, С. В. Динамика пограничных психических расстройств (клинический, прогностический и синергетический подходы): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2008. – 35 с.
55. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
56. Федоров, А.П. Соотношение клинических, психологических и социально-психологических характеристик при неврозах и их прогностическое значение для терапии: Автореф. канд. дисс. - Л., 1978. – 98 с.
57. Хомская, Е.Д. Мозг и эмоции/ Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова. – М.: Изд-во МГУ, 2005. С. 6-67
58. Andrews V.H., Hall H.R. The effects of relaxation imagery training on recurrent aphthous stomatitis: a preliminary study // Psychosom. Med. – 2009. – V. 52. № 5. – P. 56.
59. Baker G.H., Irani M.S., Byron N. A. et. al. Stress, cortisol concentration and lymphocyte subpopulations // Brit. Mtd. J. - 2011. - Vol. 290. - P. 75.

60. Bandura A. The self-system in reciprocal determinism // *American psychologist*, 33. – 2017. - pp. 344-358.
61. Benedetti G. *Klinische Psychotherapie*. – Bern. – 2006.
62. Blanch J., Rousand A., Hautzinger M. Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioral group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department / *Psychother. Psychosom.* – 2005. - N. 71 (2). – p. 71-84.
63. Bower G.H. Mood and memory // *American Psychologist*. – 2005. – 36, pp. 129-148.
64. Daruna J.H., Morgan J.E. Psychosocial effects on immune function: Neuroendocrine pathways // *Psychosomatics*. - 2007. - Vol. 31. - Iss. 1. - P. 4-12.
65. Ellis A. *Reason and emotion in Psychotherapy*. – New York. – 2005. – P. 263.
66. Ellis A. Rational-emotive therapy // In R.J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock. - 2011. - pp. 197 – 238.
67. Erickson M., Rossi E., Rossy S. *Hypnotic realities*. – New York. – 2013. – P.164.
68. Esteves Baes M., Fernandes P., Gonsales J., Pujoj G. Patterns reversel onogenous visial evoked potential (PREVER) in stress conditions // *Intern. Conf. on Advanced Methods in Neurosciences «Neurosciences-89»*. – Cube, Habene , 2011. – p. 43.
69. Evans D.L., Petatto J., Leserman J. e.a. Stress, Depression and Immunity - Research Findings and Clinical Relevance // *Neuropsychopharmacology*. - 2015. - Vol. 9. - Iss. 2. - P.39.
70. Everly G.S., Rosenfeld R. *The nature and treatment of the stress response*. – New York; London: Plenum Press, 2013. – P.283.
71. Glasser W. *Mental health or mental illness*. – New York: Harper and Row, 2005.

72. Grawe K., Donati R. & Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 2010
73. Harris R.M., Porges S.W., Carpenter M.E., Vincenz L.M. Hypnotic susceptibility, mood state, and cardiovascular reactivity. // American Journal of Clinical Hypnosis. 2011. - V. 36 № 1. - Pp. 15-25.
74. Hoglend M.D. et al. Assessment of change in Dynamic psychotherapy / Journal of psychotherapy practice and research. – 2006. - V. 9. – P. 190-195.
75. Höck K. e. a. Neurosenlehre und Psychotherapie. – Jena. – 2014. – 263 p.
76. Kaasik A.E., Kyiv L.E., Paiu A.A. The dependence of the function of the sympathetic-adrenal and hypothalamo-hypophyseal-adrenal cortical systems on the severity of the traumatic brain lesion // Zh. Vopr. Neurokhir. Im. N.N. Burdenko. - 2008. – N 1. - P. 26-29.
77. Karasu T.V. General principles of psychoterapy. In: Specialised techniques in individual psychotherapy. – New York, 2005. – P. 33 – 44.
78. Kratochvil S. Psychotherapie. – Avicenum. – 2007. – 132 p.
79. Lambert M., Bergin A. The effectiveness of psychotherapy // Bergin a., Garfield S. Handbook of psychotherapy and behavior change. – 4th ed. – N.Y.: Wiley. – 2008. - P. 143-189.
80. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. – New York. - McGraw Hill, 2014. – 211 p.
81. Leonard B.E., Song C. Stress, depression, and the role of cytokines // Exp. Med. Biol. – 2012. – Vol.461 – P. 251-265.
82. Luban-Plozza B., Poldinger W. Psychosomatic disorders in general practice. – Basel, 2012. – 312 p.
83. Nagata S. Stress-induced immune changes, and brain-immune interaction // Sanguo. Ika. Daigaku. Zashi. – 2009, V.15. № 2. – P. 161.
84. O'Leary A. Stress, emotion, and human immune function (Review) // Psychol. Bull. 2017. V. 108. № 3. – P. 363.

85. Pike J.L., Smith T.L., Irwin M.R. Chronic life stress alters sympathetic, neuroendocrine, and immune responsivity to an acute psychological stressor in humans // *Psychosom. Med.* - 2013. - Vol. 59. - N 4. - P. 447-457.
86. Reidbord S.P., Redington D.J. Psychophysiological processes during insight-oriented psychotherapy. Further investigations into nonlinear psychodynamics. // *The Journal of Nervous and Mental disease.* - 2011.- V. 180. - Pp. 649-657.
87. Rogers C.R..A theory of therapy personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework / Ed. S. Koch: *Psychology: a study of a science*, vol. 3, 2005.
88. Sandomirsky M., Tuhvatullin R. Heart Rate Variability Analysis As Indicator of Physiological Changes During Controlled Breathing.- *Breathcollection.* - August, 2006 (Australia). P. 5.
89. Shorr J.E. *Psychotherapy through I-magery.* – Stuttgart; New York: Thieme-Stratton Inc., 2008. – 412 p.
90. Unestahl L.-E., Bundzen P. Integrated Mental Training. Neuro-Bio-Chemical mechanisms and Psycho-Physical Consequences. // *HYPNOS.* – Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine. – 2009. – No3. – Vol.23. – September.
91. Warner L., Mc Neill M.E. Mental imagery and its potential for physical (Review) // *Phys. Theor.* 2010. – V. 68. № 4. – P. 516.
92. Wolpe J. Behavior therapy for psychosomatic disorders. – *Psychosomatics*, 2011, vol.21, N.5, p. 379-385.
93. Zachariae K., Kristensen J.S., Hockland P., et al. Effects of psychological intervention in the form of relaxation a guided imagery on cellular immune function in normal healthy subjects // *Psychother. Psychosom.* – 2009. – V. 5. - P. 32.

94. Zalidis S. Psychotherapy counseling and primary mental health care: assessment for brief or longer-term treatment / Family practice. – 2006. - V. 16., N 2. – P. 208.

ПРИЛОЖЕНИЯ.

Рис.1. Усредненные результаты опросника ММРІ у пациентов непсихотическими расстройствами до курса коррекции

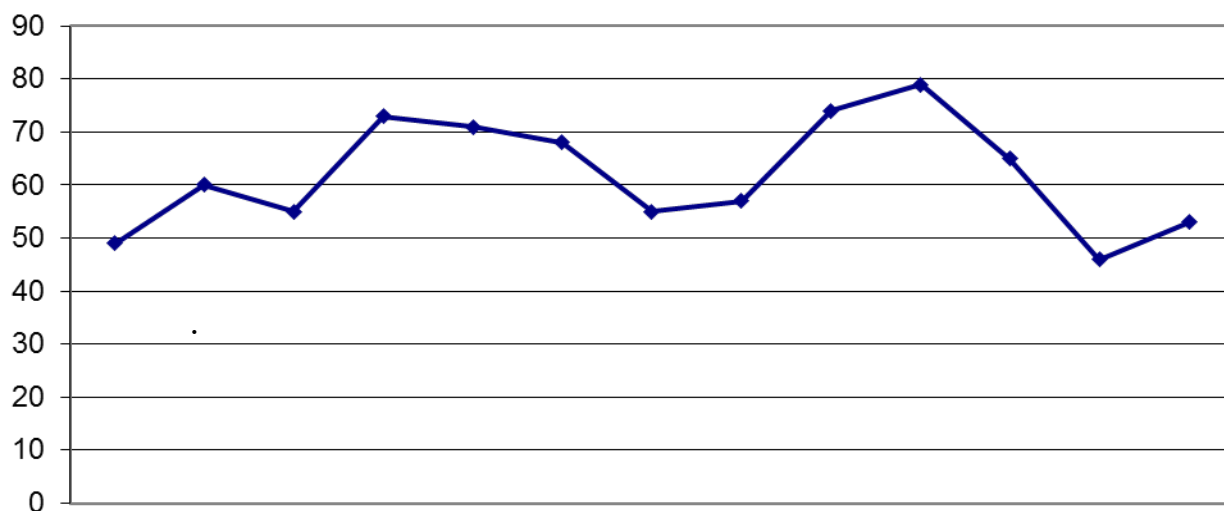


Рис.2. Средние значения клинических шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) до курса коррекции

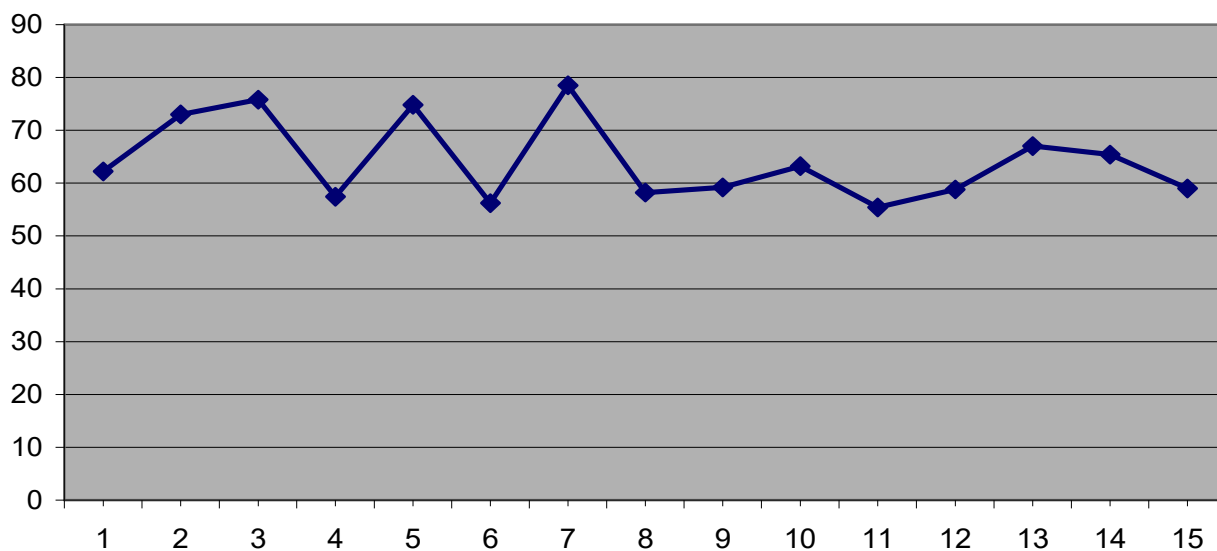


Рис. 3. Средние значения личностных шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) до курса коррекции

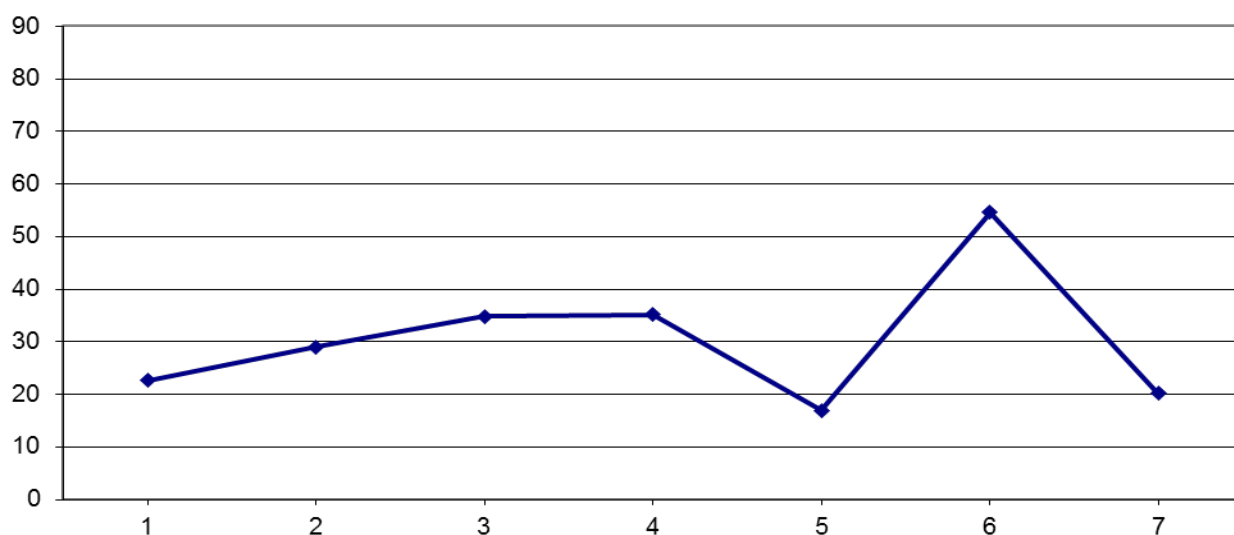


Рис.4. Усредненные результаты опросника ММРІ у больных непсихотическими расстройствами после психологической коррекции

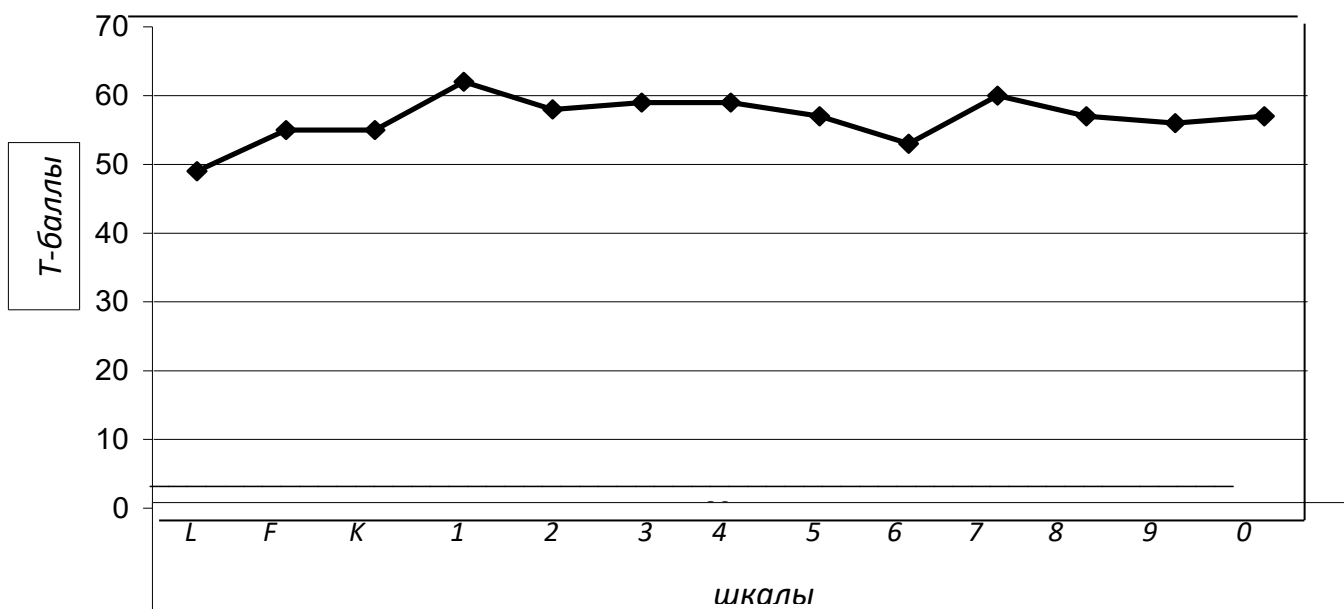


Рис. 5 Средние значения клинических шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) после коррекции

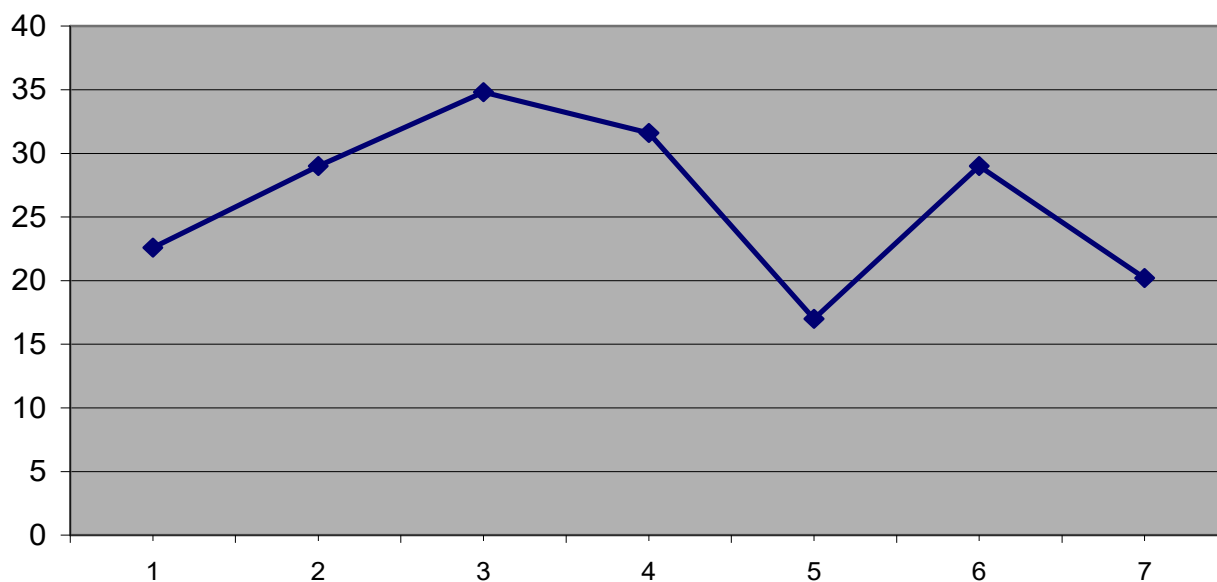


Рис. 6. Средние значения личностных шкал ОНР у больных непсихотическими расстройствами (Т-баллы) после коррекции

