



Аксенфельд Р.Г.

## СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СЕМЕЙ

*Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия*

*ООО Медицинская клиника «ВАЛЕО», Ярославль, Россия*

**Введение.** В нашем исследовании мы используем психосоматический подход к семьям, в которых один или несколько членов больны соматическими заболеваниями. В этих случаях мы придерживаемся гипотезы, что соматический симптом следует рассматривать как «идентифицированный». Такие семьи поддерживают гомеостаз системы, «используя» психологические выгоды, которые дает болезнь. Длительной соматической ремиссии очень трудно достичь, так как семьи рассматривают семейную терапию и любые другие психотерапевтические вмешательства как интервенцию в сложившийся гомеостаз. Сопротивление изменениям дополняет список психологических защит, затрудняющих комплаенс. Психосоматическое заболевание – не только болезнь, но и образ жизни, сложившийся в семье, и подкрепленный на практике паттерн решения эмоциональных и коммуникативных проблем. Системный семейный психотерапевт имеет профессиональные компетенции для работы с психосоматическими семьями. Гомеостаз семьи не нарушится, а отношения станут открытыми, доверительными, эмоционально теплыми. Потребность в соматическом симптоме перестанет существовать.

**Цель исследования:** изучить особенности личности пациентов и семейные системные связи в психосоматических семьях и дать семейным врачам алгоритм подготовки психологического семейного контракта, регулирующего семейные отношения.

**Методы и группы больных.** В работу включены 20 семей с верифицированными психосоматическими диагнозами (ревматоидный артрит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) в возрасте от 36 до 50 лет (средний возраст 42 года). Обследование и лечение было обеспечено совместными усилиями врача общей практики и психотерапевта. Диагностическая психологическая программа включала в себя: психобиографическое циркулярное интервью, тест отношения к болезни (ТОБОЛ) и семейную генограмму.

**Результаты.** Стаж болезни наших пациентов был более 5 лет, до прихода к нам они все имели безуспешный опыт борьбы с симптомом. Независимо от того, кто являлся «идентифицированным» пациентом – мужчина или женщина, все семьи дали согласие на системную семейную терапию. Программа терапии на первом этапе составляла 24 часа (двенадцать сессий по 2 часа). Еще раз обращаю внимание, что семьи не высказывали мотивацию на улучшение семейных отношений; они хотели вылечить симптом и болезнь. Мы использовали генограмму, проективные методики («грустная» сказка) и метод «семейных расстановок». Примерно к шестой сессии удавалось достичь необходимой мотивации и сформулировать «запрос» к системной семейной терапии в общепринятом смысле. Оставшиеся шесть сессий способствовали анализу психологических «игр» пациента с врачом и членами семьи. Исследуя чувства «здесь и сейчас», применяя техники объект-анализа, мы добивались осознания вторичных выгод симптома и мотивации на изменение семейного реагирования и в целом паттерна поведения.

**Выводы.** Принципиальное отличие нашего метода лечения психосоматических заболеваний – обязательное участие семьи в терапии, заключение контракта на изменение образа жизни семьи в целях поддержания ремиссии у «носителя» симптома и гармонизации эмоциональных внутрисемейных связей. Наш подход изменил сценарий семейного функционирования, повысив сплоченность, заинтересованность в успехе и удовлетворение.

Ахметзянова А.И.

## СТРУКТУРА АНТИЦИПАЦИОННО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АУТОДЕСТРУКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ

*Казанский федеральный университет, Казань, Россия*

**Введение.** Аутодеструктивное поведение в современных клиничко-психологических исследованиях чаще представлено через дефиницию суицидального поведения как поведения, направленного на истинный или демонстративный уход от реальности. Оценка аутодеструктивного поведения со стороны отрыва образа действия от результатов и его последствий фактически в отечественных исследованиях не представлена. Проблема организации антиципационно-прогностической системы как на уровне качественных ее проявлений, так и на уровне структурной организации содержит в себе ответы в направлениях осуществления психологического сопровождения людей с аутодеструктивным поведением.

**Целью исследования** является изучение структуры антиципационно-прогностической системы при аутодеструктивном поведении.





**Материалы и методы.** Общий объем выборки составил 52 человека в возрасте 19-42 года. В первую исследовательскую группу вошли 24 женщины в возрасте 21-42 года, находящиеся на стационарном лечении в токсикологическом отделении БСМП, с реализованным аутодеструктивным намерением, направленным на лишение себя жизни. Вторую исследовательскую группу составили мужчины в возрасте 19-26 лет (28 человек), находящиеся на обследовании в областной психиатрической больнице по направлению военкомата и имеющие в анамнезе аутодеструктивный эпизод. Аутодеструктивный эпизод в данном исследовании рассматривается как действия, направленные на демонстративное или истинное лишение себя жизни. К методам исследования относятся Тест антиципационной состоятельности (В.Д. Менделевич); методика-тест «Способность к прогнозированию» (Л.А. Ретуш), включающая в себя шесть шкал: глубина, аналитичность, осознанность, гибкость, перспективность, доказательность.

**Результаты.** В результате исследования на качественном уровне оценки антиципационной состоятельности при аутодеструктивном поведении выявлено выраженное снижение без гендерной специфики. Антиципационная состоятельность, понимаемая как способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением, исключает из системы действий образ последствий. Прогностическая система характеризуется низким уровнем всех прогностических параметров при значимом снижении у женщин в сравнении с мужчинами (по параметрам глубины  $p = 0,0421^*$ , аналитичности  $p = 0,0139^*$ , осознанности  $p = 0,0286^*$ , гибкости  $p = 0,0178^*$ , перспективности  $p = 0,0372^*$ , доказательности  $p = 0,0294^*$ ). Оценка взаимосвязей антиципационной состоятельности и параметров прогнозирования осуществлялась методом корреляционного анализа (критерий ранговой корреляции  $r$  Спирмена,  $p = 0,05$ ). Выявлено отсутствие статистически значимых взаимосвязей между показателем антиципационной состоятельности и параметрами прогнозирования.

**Выводы.** Таким образом, антиципационно-прогностическая система как у мужчин, так и у женщин с наличием аутодеструктивного эпизода в анамнезе, определяемого как действия, направленные на демонстративное или истинное лишение себя жизни, характеризуется отсутствием взаимосвязей антиципационной состоятельности и прогностических процессов, что проявляется в исключении из системы действий образов последствий.

Балашова С.В., Щербаков А.В., Лунева С.Н.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия*

Наиболее важным в субъективной клинической картине остеохондроза позвоночника (ОП) является болевой синдром. В ряду психологических факторов, имеющих большое значение в переживании боли, обнаруживаются следующие: отвлечение внимания и сосредоточение на боли, ожидание боли, различные эмоциональные состояния – горе, радость, гнев, враждебность, агрессивность; особенности личности – стойкость и выносливость к боли, изнеженность и невыносливость (Ананьев Б.Г., 1961; Александровский Ю.А., Яхно Н.Н., Аведисова А.С. и др., 2002; Пончуфарова Е.В., Алексеев В.В. и др., 2003; Вознесенская Т.Г., 2008).

**Цель исследования.** Определить характер проявления агрессивности при болевом синдроме у больных остеохондрозом позвоночника 2 степени.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных в возрасте от 20 до 45 лет с диагнозом «остеохондроз позвоночника (ОП) 2-й степени» клиничко-психологическими и экспериментально-психологическими методами. Из них 20 имели болевой синдром (экспериментальная группа) и 20 пациентов с остеохондрозом без болевого синдрома (группа сравнения). Для оценки интенсивности болевого синдрома была использована визуально аналоговая шкала (ВАШ), больные субъективно оценивали интенсивность боли на шкале от 0 до 10. Для оценки агрессивности экспериментально-психологическая методика: тест Басса-Дарки и Hand-тест.

**Результаты.** В экспериментальной группе больных ОП выявлено три степени интенсивности болевого синдрома. Слабый (1-4 балла по шкале ВАШ) – боль возникает при совершении движений только в положении стоя (32% пациентов); умеренный (5-7 баллов по ВАШ) – боль возникает при попытке совершить движение в положении лежа (48% пациентов); сильный (8-10 баллов по ВАШ) – выраженная боль в области позвоночника даже в состоянии полного покоя, без движений (20% испытуемых).

При исследовании агрессивности у больных ОП с болевым синдромом обнаружены более высокие показатели по шкалам «вербальная агрессия» (5,8 балла), «подозрительность» (4,6), «вина» (4,2) и в меньшей степени выражены «косвенная агрессия» (3,8) и «обида» (2,9) по сравнению с больными ОП без болевого синдрома (достовер-

