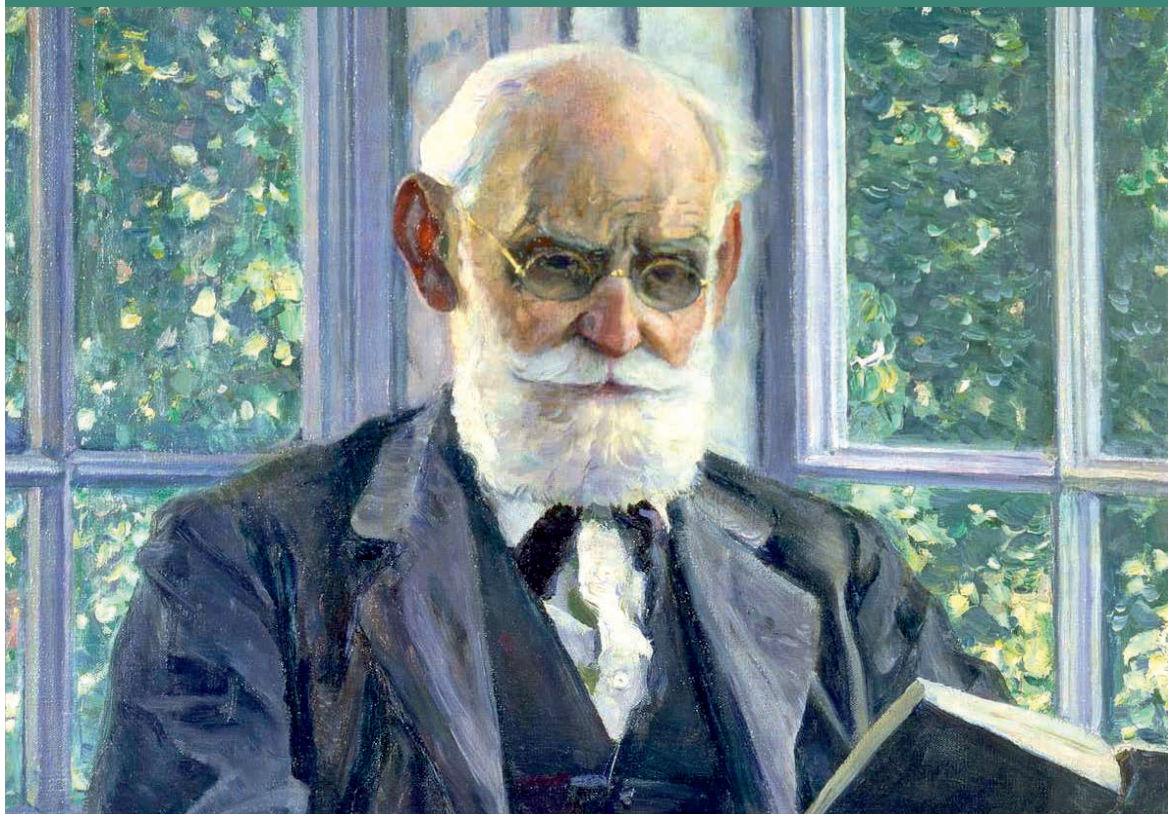


ХVIII КЛИНИЧЕСКИЕ ПАВЛОВСКИЕ ЧТЕНИЯ



24
апреля
2014

Боль душевная и Боль физическая

Псюхе&Сома

Сборник научных статей

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2014



Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7
имени академика И.П. Павлова»
Санкт-Петербургский Городской психотерапевтический центр
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга
Российская психотерапевтическая ассоциация
Российское психологическое общество

XVIII Клинические Павловские чтения

Боль душевная и боль физическая Псюхе & Сома

24 апреля 2014 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Санкт-Петербург
ООО «Издательство «Левша. Санкт-Петербург»
2014

УДК 615.851(063)
ББК 53.57я43
Б79

Боль душевная и боль физическая: Псюхе& Сома : сборник научных статей / XVIII Клинические Павловские чтения, 24 апр. 2014 г. ; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. — Санкт-Петербург: ООО «Издательство «Левша. Санкт-Петербург», 2014. — 62 с.

в надзаг.: Ком. по здравоохранению Правительства С.-Петербурга, СПб. ГБУЗ «Гор. психиатр. больница N 7 им. акад. И.П. Павлова», С.-Петерб. гор. психотерапевт. центр, Бехтерев. психиатр. о-во С.-Петербурга [и др.] .

I. Палкин, Ю.Р., сост. II. Клинические Павловские чтения (18; 2014; Санкт-Петербург).

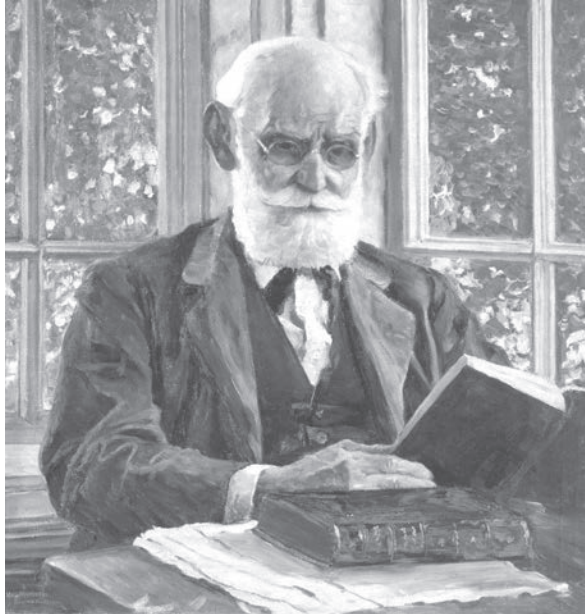
ISBN 978-5-93356-151-4

Сборник подготовлен Санкт-Петербургским
Городским психотерапевтическим центром

Составители: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак

ISBN 978-5-93356-151-4

© ГПБ№7, 2014
© СПб ГПТЦ, 2014
© Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак, 2014



«Я убежден, что приближается новый этап человеческой мысли, когда физиологическое и психологическое, объективное и субъективное действительно сольются, когда фактически разрешится или отпадет естественным путем мучительное противоречие или противопоставление моего сознания моему телу».

И.П. Павлов

Консультативный совет «Клинических Павловских чтений»

Алексеев Борис Егорович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой сексологии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Бреслав Григорий Эммануилович — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психологии менеджмента Санкт-Петербургского института гостеприимства.

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом психосоматической медицины ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Петрова Наталия Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, председатель правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга.

Ташлыков Виктор Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии СПб СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Федоров Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Шуваев Вячеслав Тимофеевич — доктор биологических наук, заведующий лабораторией физиологии ВНД СПб ИФ им. акад. И.П. Павлова РАН, вице-президент Общества физиологов Санкт-Петербурга и Фонда им. И.П.Павлова.

Организационный комитет «Клинических Павловских чтений»

Палкин Юрий Рудиевич — председатель организационного комитета, главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова.

Калягин Виктор Александрович — ученый секретарь организационного комитета, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи.

Кашкарова Оксана Евгеньевна — заместитель главного врача по лечебной работе ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова, зам. председателя организационного комитета.

Ковпак Дмитрий Викторович — председатель редакционной коллегии, доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Члены организационного комитета

Бесаев Эдуард Казбекович
Воробьева Тамара Александровна
Говорушкин Игорь Валентинович
Дудова Надежда Витальевна
Ивонин Александр Алексеевич
Куценко Диана Олеговна
Шандрик Ольга Леонидовна

Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать Вас на ежегодных и уже ставших доброй традицией для многих из нас, «XVIII Клинических Павловских чтениях». Это важное событие в сфере психиатрии и деятельности коллектива Городской психиатрической больницы №7 («Клиники неврозов») им. акад. И.П. Павлова будет посвящено комплексному анализу феномена боли: от его физиологических до психологических и даже философских аспектов. Такой уровень исследования этого феномена будет способствовать прояснению не только понимания генеза этой насущной проблемы практики врача любого профиля, но и может стимулировать формирование более качественных стратегий терапии, воздействующей на разные мишени механизмов формирования и поддержания боли.

«Клинические Павловские чтения» были возрождены на рубеже XX и XXI века и призваны продолжить традицию всемирно известных «Павловских сред». На них в 30-х годах прошлого века И.П. Павлов в стенах нашей больницы собирал специалистов различных областей с целью обмена опытом и мнениями, проводил можно сказать «мозговые штурмы» основанные на экспериментальных и клинических данных.

В этом году мы продолжаем традицию объединения мнений профессионалов разных специальностей, связанных между собой в клинической практике и научных теориях.

Палкин Ю.Р.
председатель организационного комитета
главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова.

Типы боли и выбор методов работы с ней: социальные и психофизиологические аспекты боли

Александров В. И. (Натаров)

Северо-Западный центр защиты информации, УФСБ РФ

Научно методические основы решения проблемы психосоматической многоаспектности боли человека, которые положены в основу проведенного исследования, разработаны в трудах Санкт-Петербургских ученых, рассматривающих здоровье человека с позиций целостного, комплексного и системного подходов (А.А. Александров, 2012; Б.Г. Ананьев, 1980; Г.С. Никифоров, 2006 и другие [1-3]).

Из зарубежных исследователей, которые наиболее глубоко исследовали психосоматические аспекты боли в практическом, консультативном, медико-психотерапевтическом плане и данные которых использовались в этой и наших более ранних работах, следует отметить работы Альберта Эллиса и Мильтона Эриксона [4-9].

Развитие человека Б.Г. Ананьев и его последователи рассматривают как единый процесс взаимодействия биологического и социального, результатом которого является формирование индивидуальности. Сутью индивидуальности, с точки зрения развития и строения психики человека, является, по мнению Б.Г. Ананьева, единство и взаимосвязь свойств человека как личности и субъекта деятельности, в структуре которых функционируют природные (физиологические) свойства человека как индивида [2].

Предмет исследования. Разведение и определение содержания и «границ» таких понятий как индивид, личность, субъект деятельности и индивидуальность, позволяет, с нашей точки, определить тип и источник боли. И, следовательно, такое разведение понятий открывает возможности для того, чтобы выбрать адекватные «границам» боли методы работы с ней. Так, например, в нашей практике, в зависимости от определения «границ» уровня «источника» боли выделены четыре основных типа психосоматической боли.

Краткие, промежуточные итоги проведенного исследования и результаты использования методов развития психофизиологической и социально-психологической адаптации изложены далее в форме рекомендаций по определению психосоматического типа боли и причинно-следственных взаимоотношений между этими ними. Далее, ниже выделены четыре типа психосоматической боли

и даны ссылки на литературные источники, в которых описаны промежуточные итоги исследования и методические основы выбора методов, включая особенности их использования в практике психологического консультирования, психотерапии, группового тренинга и групповой психотерапии.

Четыре основных типа психосоматической боли:

1. на уровне индивида, — физиологический и психофизиологический тип боли, особенности проявления который определяется, в основном, возрастно-половыми и индивидуально типическими свойствами человека. Вторичными свойствами индивида и, следовательно, типом болей на уровне индивида, являются структура органических потребностей и динамика психофизиологических функций человека. Высшей интеграцией свойств на уровне индивида является темперамент, тип которого определяет соответствующей ему методы работы с болью [4-16]
2. на уровне личности, — психологический и социально-психологический тип боли, как следствие нарушения межличностных и внутриличностных «границ» характеристик человека как личности, которые определяются его статусом в обществе, ролями и ценностными ориентациями, мотивацией поведения, которые в совокупности или в отдельности могут являться источником боли и, следовательно, объектом лечебного процесса. Однако сама личность в целом является субъектом лечебного процесса, особенно на таком уровне интеграции личностных свойств как характер [12-15];
3. на уровне субъекта деятельности человек характеризуется посредством своей деятельности по преобразованию той действительности, в которой он живет и своим сознанием как отражением окружающей объективной действительности, особенности которых, в совокупности и определяют специфику проявления социального, «душевного» типа боли у человека. И, следовательно, выбор методов работы с болью или адаптации к ней. Интеграцией субъектных свойств человека проявляется как творчество этого человека и, следовательно, «муки творчества» являются основной характеристики типа боли «души» на этом уровне организации человека, что и определяет специфику методов оказания помощи человеку, как субъекту [4; 5; 9];

4. на уровне индивидуальности, которая является высшей интеграцией синтеза различных свойств человека, предполагается целостное, комплексное взаимодействие с источником «душевного» типа боли. Следует отметить, что боль выполняет как сигнальную, так и информационную функцию и что именно на уровне индивидуальности смысл и значение сигнальной и информационной функции боли будут качественно различными у разных людей. Более того, еще в работах (с болью) Павлова И.П. по выработки условных рефлексов было доказано, что смысл и значение сигнальной функции боли может меняться в зависимости от воспитания и обучения. Имеется в виду опыты, когда удар электрическим током перед кормлением сменил сигнальную функцию боли с негативного значения на позитивное.

Поэтому выбор методов работы с болью на уровне индивидуальности определяется, в основном, качеством культурного развития, особенностями воспитания, социализации, образования, религиозными, мировоззренческими и другими ценностями каждой конкретной индивидуальности [5], что и предполагает индивидуальный подход в выборе методов работы с болью и с пациентом, как субъектом боли.

Более того, на каждом из четырех уровней и в каждой подструктуре сигнальная функция боли может иметь разный смысл и значение. Так, например, половые и возрастные различия по отношению к боли у девочек и мальчиков, у мужчин и женщин на уровне индивида являются разными, а на уровне популяции индивидов имеют одинаковую диагностическую функцию. Например, «садомазохистский комплекс», который наблюдается как между влюбленными, так и в семье, на работе, у последователей некоторых религиозных учений. При этом в разных национальных и религиозных культурах может быть совершенно различным отношение к одним и тем же явлениям, «страданиям» как на физиологическом, так и на «духовном» уровнях.

Или, например, утверждение, что художник, поэт должен страдать как индивид (страдать физически), чтобы иметь мотивацию как личность для того, чтобы творить как субъект, проявляя в творчестве свою индивидуальность в форме самореализации себя как личности [2].

В заключение отметим, что любая боль, выполняя сигнальную, диагностическую функцию, имеют специфический смысл и значение для каждо-

го из четырех выше описанных уровней организации человека:

1. человек как индивид (физиологический аспект боли),
2. как личность (психологический аспект боли),
3. как субъект деятельности (социальный аспект боли),
4. как индивидуальность (мировоззренческий, «духовный», религиозный, идеологический аспект боли).

Поэтому при выборе методов работы с болью необходимо учитывать, как минимум четыре формы источника боли и структурные элементы каждого из четырех возможных источников (причин), которые перечислены выше и в которых, подчеркнем, причинно-следственные связи могут меняться местами, смыслами и значениями. Что в принципе и открывает возможность для психологического консультирования и психотерапевтической работы с болью.

Литература

1. Александров, А.А. Аналитико-катартическая терапия: от теории к практике. / А.А. Александров. — Учебное пособие. СПб, Изд. СЗГМУ им. и И. Мечникова, 2012. — 91 с.
2. Ананьев, Б.Г. Избранные психологические труды (Человек как предмет познания): в 2 т. / Б.Г. Ананьев; АПН ССР. — М.: Педагогика, 1980. — 232 с. — (Труды действительных членов и членов-корреспондентов АПН СССР).
3. Психология профессионального здоровья. Учебное пособие / ред. проф. Г.С. Никифоров. — СПб: Речь, 2006. — 480 с.
4. Александров, В.И. (Натаров) Стресс и тайм менеджмент как методы профилактики психосоматических заболеваний менеджеров / В.И. Александров (Натаров) // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Санкт-Петербург, ноябрь, 2013 г.; ред. В.И. Мазурова. — СПб: Изд-во Виктория плюс, 2013. — 308 с.
5. Александров, В.И. Национальная идея — основа политики развития конкурентоспособности государства в постиндустриальном обществе (социально-психологические аспекты). / В.И. Александров // Психология Власти 2008. — СПб: Изд-во СПбГУ, 2007. — С.23–29.
6. Натаров, В.И. Развитие акмеологической адаптивности в социокоррекционной, психотерапевтической и консультативной работе. / В.И. Натаров // Журнал практического психолога — 2000. — №10-11 — С. 72-88.
7. Натаров, В.И. Аутогипнотренинг (метод психической саморегуляции). / В.И. Натаров // Психологический журнал. — 1986. — Т. 8. — С. 105–110.
8. Натаров, В.И. Технологии социально-психологических тренингов: Учебное пособие. / В.И. Натаров и др. — М.: Консорциум «Социальное здоровье России», 2001.
9. Натаров, В.И. Группо-аналитическая психотерапия: методы, принципы. / В.И. Натаров // Психологический журнал. — 1994. — Т. 15. — С. 127–137.
10. Натаров, В.И. Принципы формирования социотерапевтических групп в вузе / В.И. Натаров, А.С. Соловьев // Актуальные проблемы повышения эффективности учебно-воспитательного процесса в высшей школе. — Л.: Изд-во ЛПИ, 1987. — С 144-150.

11. Натаров, В.И. Нервно-психическое напряжение и психопрофилактика состояния здоровья студентов / В.И. Натаров, Т.А. Немчин // Психологический журнал. — 1988. — Т.9. — №3. — С. 87-93.
12. Натаров, В.И. Влияние курса социально-психологического тренинга на самооценку «Я-образа» / В.И. Натаров // Психологический журнал. — 1990. — Т.11. №5. — С.89-104.
13. Натаров, В.И. Акмеотерапия: мгновенная психотерапия (психология здоровья), психология субъекта веры (психологии зрелости), социологии успеха (психологии профессионализма) / В.И. Натаров // Журнал практического психолога. — 1999. — №9. — С. 134-142.
14. Натаров, В.И. Методические рекомендации по ведению групп социально-психологического тренинга как активного метода обучения / В.И. Натаров // Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. — 1997. — №3. — С. 3-17; №4. — С. 3-18.
15. Натаров, В.И. Активные методы обучения (в социальной и психотерапевтической работе) / В.И. Натаров // Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. — 1999. — №3. — С. 3-14.
16. Натаров В.И. Группо-аналитическая социо- и психотерапия: метод и принципы: Учебно-методическое пособие для ведущего группы. СПб.: Изд-во СПбГТУ Мин. науки, Высшей Школы и Технической политики РФ, 1993.

Душевная боль: страдание или преодоление

Баканова А.А.

доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедр клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург

Каждый человек в те или иные периоды своей жизни испытывает душевную боль. Душевная боль — это не только переживание потери и горя, но и множество других чувств, заполняющих человека — обида, ненависть, вина, разочарование, страх... Все эти чувства одновременно являются как производными нашей души, так и катализаторами ее будущих состояний, а, значит — и будущих событий в судьбе. Поэтому основной вопрос заключается не столько в многообразии душевной боли, сколько в том, что человек с нею делает.

Душевную боль можно терпеть, ей можно сопротивляться, ею можно наслаждаться (сознательно или бессознательно), ее можно сублимировать, извлекать из нее выгоды или, например, пытаться «заглушить». Еще один путь — исследовать свою боль. в этом исследовании можно обнаружить, что за болью стоит потребность в поддержке и любви, часто в отношении себя самого, — каких-то аспектов своей личности, жизни или судьбы. Душевная боль может указывать место, где потеряна связь с собой или со своим Высшим Я. и в этом заключается огромная мудрость человеческой души, которая помогает поддерживать связь с тем, что оказалось разрушено или повреждено. Таким образом, то, что человек делает (или не делает) со своей душевной болью, может вести не только к остановке или искажению жизненного пути, но и к продвижению вперед, максимальной реализации себя.

Именно поэтому важно выделить среди смыслов, помимо смысла страдания как способности человека испытывать душевную боль, еще и смысл преодоления как стремление с нею справиться, а именно — найти те внутренние силы, которые могут выступить в качестве ресурса для трансформации боли в победу над собой. Человек, попадая в критическую жизненную ситуацию, всегда сталкивается с выбором: оставаться страдающим или стать преодолевающим. и одно, и другое может выступать в качестве смысла, однако страдание — лишь начало пути, по которому необходимо двигаться, чтобы душевная боль не застыла в душе как смола, обездвигив ее и лишив человека способности изменяться вместе с течением жизни.

Эмоциональный баланс как индикатор психогенной боли при соматоформных расстройствах

Соловьева С.Л., Николаев В.И., Ишинова В.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Минтруда России

В клинической психологии существует давняя традиция выявления эмоциональных «факторов риска» для возникновения психосоматической и пограничной нервно-психической патологии, сопряженной с переживанием боли. Эмоции человека выполняют важную адаптивную функцию, определяя в каждом конкретном случае целесообразность и интенсивность взаимоотношений с окружающим миром. в то же время при крайней степени интенсивности или продолжительности эмоционального переживания эмоции могут, нарушая гомеостатическое равновесие, играть дезадаптивную роль. Показано, что интенсивные переживания страха и тревоги, враждебности и агрессивности, депрессии и печали могут спровоцировать начало самых различных патологических процессов в организме. Негативные эмоциональные переживания вносят свой вклад в формирование болевых ощущений при психосоматических нарушениях; особенно большое значение они имеют для возникновения психогенной боли.

В последнее время в современной литературе вводится понятие так называемой «негативной аффективности», или склонности испытывать отрицательные эмоции и создавать негативную «Я-концепцию» [5], включающей в себя три наиболее значимых эмоционально-негативных переживания — тревогу, депрессию и враждебность, — переживания, наиболее часто возникающие у пациентов психиатрических и соматических клиник под воздействием боли. Понятие негативной аффективности, также как и понятие поведенческого типа «А», возникло в результате практической работы с пациентами клиники, переживающими боль в ситуации хронического соматического заболевания. Оно отражает устойчивые индивидуальные отличия в негативной эмоциональности и «Я-концепции» [1]. Люди с высокой негативной аффективностью чаще испытывают дистресс, дискомфорт, неудовлетворенность и боль; они в большей степени склонны к самоанализу

и чаще фиксируются на своих неудачах и недостатках, а также чаще обращают внимание на негативные стороны мира и поэтому относятся к себе хуже и меньше удовлетворены собой и жизнью в целом [5]. Основная черта феномена негативной аффективности состоит в том, что он проявляется даже тогда, когда жизненные обстоятельства в целом благоприятны для человека.

В структуру негативной аффективности входят тревога, депрессия и враждебность. Тревога — эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач, планирование, прогнозирование неуспеха. Депрессия, преимущественно направленная в прошлое, характеризуется утратой жизненной перспективы с дефицитом планирования. Враждебность, связанная с неприятным настоящим, выражается в навыке нападения, разрушения, в противостоянии, конфронтации и конкуренции со всем окружающим.

Состояния тревоги, депрессии и враждебности тесно взаимосвязаны и часто сопровождаются друг друга таким образом, что на практике при работе с больными приходится иметь дело всегда со смешанными состояниями: с депрессией, включающей в себя элементы агрессии и выраженные в большей или меньшей степени тревожные переживания, с фобией, включающей, как правило, также и депрессивные расстройства, часто с агрессивно-дисфорическим оттенком, с агрессивностью и враждебностью, окрашенной тревогой или переживаниями депрессивной печали и отчаяния. Взаимосвязанность всех трех составляющих негативной аффективности обусловлена сходством физиологического обеспечения с определенным соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина [4]. На психологическом уровне функционирования все три компонента характеризуются сходными чертами: снижением самооценки, неустойчивостью уровня притязаний и локуса контроля; на социально-психологическом уровне функционирования — снижением эффективности межличностного взаимодействия с повышенной зависимостью от мнения окружающих, низкой фрустрационной толерантностью, склонностью к внутриличностным и межличностным конфликтам.

Среди различных видов нормативов, используемых в клинической психологии, наибольшее практическое значение, по нашему мнению, имеет индивидуальная норма, которая оценивает выраженность любого феномена не по отношению ко всей популяции в целом, а по отношению к обычному психофизиологическому функционированию конкретного индивида. Индивидуальная норма, в со-

ответствии с разрабатываемой нами гипотезой, может определяться не среднестатистическим уровнем тревоги, депрессии, враждебности, а соотношением всех компонентов негативной аффективности на уровне состояний и свойств личности. Значимым для прогнозирования дезадаптации под воздействием боли является не уровень тревоги сам по себе, а соотношение тревожности как свойства личности, обеспеченной соответствующими физиологическими ресурсами, и тревоги как состояния. Аналогично соотношение агрессивности как свойства личности и враждебности как состояния, а также депрессивности как свойства личности (пессимизма) и депрессии как состояния может использоваться для оценки индивидуальной нормы реакции на стресс [3].

В рамках настоящего исследования было обследовано 39 человек с соматоформными расстройствами (СФР) и 30 человек контрольной группы, не имеющих соматических и невротических жалоб. Эмоционально-негативные состояния изучались при помощи шкалы самооценки Спилбергера-Ханина, опросника депрессивности Бека и опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Интенсивность психогенной боли определялась с помощью шкалы «Боль» из опросника качества жизни MOS SF-36. Все данные обрабатывались с применением методов непараметрической статистики.

В процессе исследования у пациентов с соматоформными расстройствами были выявлены достоверно ($p < 0,001$) более высокие показатели реактивной и личностной тревожности, степени депрессивности (по Беку) и уровней депрессии и враждебности (опросник SCL-90-R), чем в контрольной группе. Высокие уровни негативной аффективности сопровождалась выраженной болевой симптоматикой психогенного характера. в контрольной группе полученные показатели интенсивности болевого симптома по шкале «Боль» из опросника качества жизни соответствовали уровню «очень слабая боль», которую здоровые лица относили к телесному дискомфорту.

При определении эмоционального баланса, как соотношения компонентов негативной аффективности на уровне состояний и свойств личности были получены достоверно ($p < 0,01$) более низкие показатели в контрольной группе, чем у пациентов с соматоформными расстройствами [2].

С группой пациентов, страдающих психогенной болью в рамках соматоформных расстройств, в течение двух недель проводился курс

симптоматической психотерапии, направленной на обучение релаксации с целью нормализации актуального эмоционального состояния.

В процессе психотерапевтического воздействия отмечалось достоверное ($p < 0,001$) снижение уровней реактивной и личностной тревожности, степени депрессивности (по Беку), депрессии и враждебности, которые к концу курса психотерапии не имели достоверных отличий от показателей в контрольной группе. Кроме того, к концу курса психотерапии достоверно снижались показатели интенсивности боли, которые приблизились к значениям в контрольной группе [2]. в процессе психологической коррекции происходила нормализация психофизиологического состояния практически у всех пациентов с соматоформными расстройствами, что сопровождалось снижением уровня негативной аффективности, усилением толерантности к стрессу и восстановлением процессов адаптации. Это подтверждается результатами исследования эмоционального баланса, как соотношения между устойчивыми психологическими характеристиками личности и текущими ответами на стрессовые воздействия, которые определяют индивидуальную норму реакции на стресс. У пациентов с соматоформными расстройствами, прошедшими курс психотерапии, был выявлен положительный эмоциональный баланс, значения которого соответствовали показателям, полученным в контрольной группе, что указывает на относительную нормализацию психического состояния пациентов. Таким образом, эмоциональный баланс может применяться как один из значимых показателей восстановления адаптационных процессов при оценке эффективности психотерапии при лечении психогенной боли.

Литература

1. Брайт, Дж. Стресс: Теории, исследования, мифы. / Дж. Брайт, Ф. Джонс. — СПб: прайм — ЕВРОЗНАК, 2003. — С. 352.
2. Ишинова, В.А. Роль негативных эмоций при восприятии боли у пациентов с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. (19.00.04) / В.А. Ишинова — СПб, 2009. — 197 с.
3. Соловьева, С.Л. Эмоциональный баланс как критерий индивидуальной нормы реакции / С.Л. Соловьева, В.И. Николаев // Психосоматическая медицина — 2008: Сборник материалов. 111 международный конгресс. — СПб: Человек, 2008. — С. 79-80.
4. Van Praag Herman, M. Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза / M. Van Praag Herman // ВЫПУСК. Медикография. Депрессии и тревожные расстройства.-1994, Том 16, X» 1, 1994; 2: 393-302.
5. Watson, D., & Clark, L. E. Negative affectivity // Journal of Psychosomatic Research, 1984, 51, 577–587.

Пострессорные психосоматические нарушения: мигрирующий болевой синдром

Булгакова О.С.

Научно-практический центр

«Психосоматическая нормализация»

Государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Актуальность

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дает такое определение понятию «боль» — «...это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани...» [8]. Но, несмотря на это, она является одним из основных компонентов защитной системы организма. Это важнейший сигнал о дисфункции, патологии и повреждении ткани, постоянно действующая регуляторная система гомеостатических системных реакций, включая социальные, поведенческие и психологические формы. На сегодняшний день существуют две гипотезы возникновения болевых ощущений. По первой гипотезе болевые ощущения не являются специфическим физическим ощущением, и нет специальных болевых рецепторов, воспринимающих только эти стимулы. Появление чувства боли может вызываться воздействием на любые рецепторы, если сила стимула будет достаточно велика. По второй гипотезе существуют специальные болевые рецепторы, имеющие высокий порог восприятия.

Общеизвестно, что существуют люди с различным порогом и зонами болевой чувствительности, которые могут зависеть от эмоциональных и субъективных особенностей психики и физиологии человека и являют собой индивидуальную планку (уровень) стрессоустойчивости.

Остаются малоизученными личностные особенности проявления болевого симптома и его распространения при коррекции психосоматических дисфункций.

Материалы и методы

Исследование проводилось в кабинете «Психофизиологической коррекции и реабилитации» Научно-практического центра «Психосоматической нормализации». Материалом служили 23 пациента, 19 женщин, 4 мужчины, возраст 35-55 лет, которым был поставлен диагноз «Дискинезия желчно-выводящих протоков», который являлся

пострессорным психосоматическим нарушением, и это подтверждалось аппаратными и лабораторными исследованиями. Изменения со стороны структуры ткани обнаружено не было. Пациенты были направлены для психофизиологической коррекции по методу визуальной биологической обратной связи по кардиоритму [5] врачами профильных НИИ и поликлиник Санкт-Петербурга.

Результаты и обсуждение

У человека в норме сформированы «психофизиологические функциональные системы». Каждая из них — жестко иерархичная, доминирующая, постоянная во времени, с индивидуальными параметрами устойчивости психолого-физиологическая структура. Ее создание обуславливается индивидуальными психическими характеристиками, особенностью физиологической системной организации, и результатом деятельности которой является оптимальная работа органа-мишени [2, 4, 6, 7].

При психосоматических нарушениях формируются «альтернативные психофизиологические функциональные системы». Каждая из них жестко иерархичная, доминирующая, непостоянная во времени, с индивидуальными параметрами устойчивости психолого-физиологическая структура. Ее создание обуславливается индивидуальными психическими характеристиками, особенностью физиологической системной организации, и результатом деятельности которой является дисфункция органа-мишени [2, 3].

Это приводит к возникновению «гомеостаза нездоровья», то есть присущей больному организму постоянной внутренней среде, поддерживающей жизнь организма в оптимальном для него действующем режиме, зачастую за счет минимизации или прекращения работы отдельных, как ему кажется на данный момент времени, не жизненно важных функций.

Признаком «гомеостаза нездоровья» является то, что он подпорогово и надпорогово патологически лабилен, а «гомеостазис здоровья» — подпорогово стабилен, а надпорогово лабилен. При ухудшении или улучшении функционального состояния фиксируется «перетекающий гомеостазис», что может спровоцировать иную, чем первоначальная, клиническую картину и функциональное поражение другого органа или системы.

Поэтому, особую проблему в процессе коррекции физиологической дисфункции составляет «мигрирующая клиническая картина».

Это выражается в том, что в течение лечебного процесса симптоматика соматических проявлений может меняться, то есть на определенном этапе лечения происходит «психофизиологическая провокация», выражающаяся в проявлении заболевания совершенно другой системы или органа.

Это напрямую связано с проявлением изменения болевой симптоматики. Разрешите привести наиболее яркие примеры:

1. у пациентки К., 55 лет, с ярко выраженным болевым симптомом при обострении ДЖВП через 2 недели на 8 сеансе коррекции по методу ФБУОС характер болей изменился, и появилась реальная клиническая картина «острого аднексита» также с ярко выраженным болевым симптомом;
2. у пациента П., 39 лет, на 9 сеансе ФБУОС при исчезновении болей в правой подвздошной области появились острые боли в области солнечного сплетения и напряжение передней брюшной стенки;
3. у пациентки Б., 43 лет, на протяжении всей серии сеансов ФБУОС (25 сеансов), поочередно появлялась болевая симптоматика в различных участках тела — слева в области груди, в горле, внизу живота, опоясывающая поясничная, головная;
4. в результате коррекции изменения распространения боли и изменение психосоматической симптоматики отмечали все пациенты: изменялся характер боли, интенсивность и место чувствительности.

Понимая сложность коррекции пациентов с постстрессорными психосоматическими нарушениями, необходимость в более щадящем подходе в случае изменения клинической соматической картины необходимо срочное направление к профильному врачу, который в случае психогенной дисфункции не обнаружит патологии и соматического заболевания, страх новой болезни будет побежден и будет возможно продолжение коррекции у психофизиолога.

На этом этапе фактически формируется новая временная «альтернативная психофизиологическая функциональная система», отражающая устойчивость системного патологического процесса в организме, и это можно считать механизмом. Этот механизм, на наш взгляд, не является защитным или демонстрационным. Он своего рода диагностичен, так как позволяет проследить и функциональные изменения, и эффективность коррекции.

Заключение

Физиологические дисфункции называются психосоматическими. Автор предлагает представить их как растянутый во времени, постоянно подкрепляющийся стрессами различного характера, следовой постстрессорный эффект, который сопровождается формированием в центральной нервной системе травмирующей адаптационной доминанты, свидетельствующей о состоянии неудовлетворительной адаптации, и носят функциональный характер [1]. Боль, которая является одной из ведущих признаков дисфункций, одной из основных компонентов защитной системы организма, при коррекции психосоматических нарушений не всегда демонстрирует дисфункцию или патологию, оставаясь при этом регуляторной системой гомеостатических реакций. «Мигрирующий болевой симптом» является показателем «переходного нестабильного гомеостаза-нездоровья» и показывает эффективность выбранного метода коррекции, способного изменить (оптимизировать) психофизиологические параметры организма.

Литература

1. Булгакова, О.С. Психофизиологические дисфункции: механизмы, диагностика / О.С. Булгакова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований — 2010 — №10 — С. 45-51.
2. Булгакова, О.С. Психофизиологические функциональные системы и стресс. / О.С. Булгакова. — СПб: НПЦ ПСН, 2012 — 148 с.
3. Булгакова, О.С. Формирование альтернативной психофизиологической функциональной системы при изменении функционального состояния / О.С. Булгакова // Успехи современного естествознания — 2013 — №3 — С. 35-39.
4. Лурия, А.Р. Высшие психические функции и проблема локализации / А.Р. Лурия // Хрестоматия по нейропсихологии. — Росс. психол. общество, 1999 — С. 63-68.
5. Сметанкин, А.А. Здоровье без лекарств: биологическая обратная связь. / А.А. Сметанкин. — СПб, 2001 — 68 с.
6. Павлов, И.П. Лекции о больших полушариях головного мозга. / И.П. Павлов — М.:Медгиз, 1949
7. Ухтомский, А.А. Доминанта / А.А. Ухтомский — СПб: СПГУ, 2002.
8. <http://ru.science.wikia.com/wiki>

Характеристика психологической структуры физической и душевной боли

Правило Е.С.

кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного университета (НИУ), г. Челябинск.

Одной из центральных проблем в медицине и медицинской психологии является исследование субъективных компонентов феномена, определяемого как категория «боль». Международная ассоциация по изучению боли (IASP) рассматривает этот феномен как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, сопровождающееся фактическим или возможным повреждением тканей, или состояние, словесное описание которого соответствует подобному повреждению». Анализ научных исследований по этой проблеме показывает, что, как правило, акцент делается на изучение соматической боли и её медицинских аспектов. В то же время для психотерапевтической практики большее значение имеют психологические компоненты боли (особенности восприятия боли, отношение к своей боли, её влияние на личность больного и пр.). Кроме того, вне поля зрения исследователей остается такой важный аспект, как категория «душевная боль». Вместе с тем, в психотерапевтической практике, да и в обыденной жизни это понятие используется всё чаще.

В связи с этим в настоящей работе предлагается рассмотреть психологическую структуру боли, как физической, так и душевной. Предполагается, что в структуру боли входят следующие компоненты — перцептивный, аффективный, мотивационный, когнитивный и поведенческий. Эти компоненты объединяются в итоге в болевое переживание. Предполагается, что в формировании переживания боли участвуют такие характеристики личности как перцептивный стиль, аффективно-мотивационная сфера, система субъективных значений, копинг-стратегии.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей психологической структуры боли у больных онкологическими заболеваниями. Объектом исследования явились больные онкологическим заболеванием в возрасте от 18 до 74 лет, со средней продолжительностью заболевания — 1 год. Экспериментальная группа составила 40 человек (20 женщин и 20 мужчин), из которых 22 человека имеют диагноз «рак прямой кишки» и 18 больных — «рак желуд-

ка». Была выдвинута следующая гипотеза: у больных онкологически заболеваниями актуальна душевная и физическая боль имеют отличную друг от друга структуру, а именно различное соотношение и качественное содержание сенсорного, эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов.

Предмет исследования — представления о боли — является проявлением субъективного отношения. Для изучения этого отношения наиболее применимым является проективный метод. Поэтому в качестве методик исследования выбраны: 1) метод клинической беседы; 2) методика «Ассоциации»; 3) Проективная методика «Описание боли» на основе стимульного материала теста Роршаха.

Методика «Ассоциации» имела целью выявление первичных представлений о боли у больных и определение компонентов её психологической структуры. Предлагалось назвать ассоциации, возникающие со словом «боль». Обработка данных осуществлялась при помощи контент-анализа.

Кроме этого, была разработана проективная методика «Описание боли». Испытуемым предъявлялись карточки из теста Роршаха с инструкцией: «Представьте себе, что на этой картинке изображена Ваша боль. Как Вам кажется, что это за боль: душевная или физическая? Опишите её. Какая она?».

Анализ полученных данных показал, что уже первичные ассоциации раковых больных были категоризованы в следующих разделах, отражающих основные компоненты боли: «Причина» («травма», «опухоль», «смерть»), «Эмоционально-оценочный компонент» («испуг», «мрак», «неприятная»), «Сенсорные характеристики» («ломота в суставах», боль «колющая»), «Копинги и защиты» («принимаю лекарства», «не обращаю внимания»).

При анализе ассоциаций также выявлено, что в подавляющем большинстве (70,5%) больные говорят о физических, а не о душевных факторах, способных вызвать боль, что свидетельствует о наибольшей актуальности физической (витальной) угрозы, а также отражает наиболее распространённое в обществе семантическое значение понятия боли как «физической».

Дальнейший анализ данных показал, что в словаре, описывающем душевную боль, преобладает название её причин (29,4%), а также описание способов снижения внутреннего напряжения, связанного с этим типом боли (23,8%). Такие данные свидетельствуют о наличии представлений у больных механизмов возникновения своей боли, а

также об актуальной потребности совладания и уменьшения этой боли с помощью каких-либо действий. По степени выраженности после вышеуказанных категорий наиболее отражён эмоциональный компонент боли (19,7%), указывающий на аффективную откливаемость на возникающую душевную боль. Сенсорный компонент боли выражен менее всего (2%), что объясняется, главным образом, психологической, а не сенсорной, природой этого вида боли.

При описании физической боли больные чаще, по сравнению с другими параметрами, как и при описании душевной боли, определяют причины возникновения соматического страдания (22,1%). Также выражен сенсорный компонент физической боли (17,5%) и эмоционально-оценочный (17,4%). Таким образом, можно говорить о значительном месте сенсорных страданий в физической боли у этих больных и выраженном эмоционально-личностном отреагировании на них.

При сравнении полученных данных выявлено, что испытуемые чаще выражают свои эмоционально-оценочные реакции и суждения при описании душевной боли; сенсорных характеристик значительно больше при рассказе о физической боли. Такие особенности словаря отражают причинность той или иной боли, актуальность в ней душевного или соматического страдания.

В словаре душевной боли у больных значимо больше, по сравнению с описаниями физической боли, отмечается выраженность копинговых и защитных механизмов, что, вероятно, определяется потребностной сферой больных — большей необходимостью снятия психологического напряжения, связанного с душевным страданием и меньшей разрешённостью конфликтов, связанных с душевной болью, по сравнению с физической.

Охарактеризуем отдельные компоненты боли.

Контент-анализ показал, что причины, способные вызвать душевную или физическую боль, различны. Также выявлено, что при описании причин душевной боли испытуемые чаще говорят о внешних воздействиях (проявляют экстернальный локус контроля), а также о сфере психического (в первую очередь, о семейной сфере). В восприятии этиогенеза физической боли отмечается преобладание интернального локуса контроля и «соматоцентрированный» подход. Опухоль больными в большей степени определяется как соматическая боль. Итак, больные более склонны воспринимать физическую и душевную боль как отдельные феномены.

Анализ эмоционального компонента боли показал, что на свою боль отмечается широкий спектр эмоциональных реакций, в первую очередь, эмоций тревожного регистра. Эмоции тревоги и страха, указывающие на необходимость мобилизации организма, более выражены при физической боли. Это отражает большую актуальность витальной угрозы при соматической боли.

При анализе когнитивных и поведенческих компонентов боли выявлено, что при физической боли больные более склонны, чем при душевной, использовать «открытые» поведенческие копинги. Для уменьшения душевной боли обследованные чаще прибегают к «скрытым» когнитивным и эмоцио-центрированным стратегиям. Среди защитных механизмов можно говорить о преобладании отрицания и вытеснения при обоих видах боли (например, оценка прогноза своей боли как положительной).

Таким образом, гипотеза о различном соотношении и качественном содержании компонентов физической и душевной боли подтверждена. Полученные выводы порождают вопрос о правомерности рассмотрения в едином семантической пространстве этих двух категорий. в связи с этим перспективным является более глубокое исследование психосемантики боли, рассмотрение проблем включения «боли» в методологический аппарат психологии. Актуальным является и дальнейшая разработка психодиагностических материалов для изучения рассмотренной проблемы, а также её исследование в других нозологических группах.

Компоненты боли

Ковпак Д.В.

доцент кафедры психологии и педагогики
СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Международная ассоциация исследования боли в 1994 года предложила следующее определение боли: «Боль — это неприятное чувственное и эмоциональное переживание, которое возникает при существующем повреждении и угрозе повреждения ткани». Это определение подчеркивает, что боль явление психическое, субъективное, одновременно чувственное и эмоциональное.

Понятие «боль» включает, во-первых, своеобразное ощущение боли и, во вторых, реакцию на болевое ощущение, которая характеризуется определенной эмоциональной окраской, рефлекторными изменениями функций внутренних органов, многовекторными биохимическими и нейрогуморальными сдвигами гомеостаза, двигательными безусловными рефлексам, волевыми императивами, поведенческими реакциями, специфической мотивацией, направленными на избавление от болевого фактора (Михнев В.А., 1985).

Боль необходимо рассматривать шире, чем просто восприятие импульса из поврежденных тканей. Практическое значение имеет выделение составляющих процесса боли, таких как ноцицепция, собственно боль, страдание и болевое поведение.

Боль как субъективное чувство содержит несколько составляющих: сенсорную, патобиохимическую, эмоционально — психологическую. Эти соображения привели Melzack и Casey (1975) к мысли о том, что есть три основных психологических измерения боли: 1) сенсорно — дискриминативное; 2) мотивационно — аффективное; 3) познавательное — оценочное. Они доказали, кроме того, что эти изменения боли согласуются физиологически специализированными системами в мозге: сенсорно — дискриминативное измерение боли определяется первичными быстрыми проводящими волокнами спинного мозга (волокна Аβ); мощная мотивационная и неприятная аффективная характеристики согласуются с деятельностью ретикулярной формации и лимбическими структурами, которые находятся под влиянием медленных демиелинизированных С — волокон спинного мозга; неокортекс и высшие центры регуляции центральной нервной системы, определяющие боль с точки зрения прошлого

опыта. Управляют познавательной оценочной составляющей.

Для определения роли каждого из этих компонентов упомянутыми учеными была разработана довольно объемная анкета боли Мак-Гилла (MPQ — McGill Pain Questionnaire, АМГ). В ней приведены двадцать категорий боли, которым соответствует 78 дескрипторов. Пациент по каждому из 20 пунктов отмечает соответствующую характеристику боли, на что затрачивается в среднем 5 — 8 минут. Каждому ответу соответствует балл. Сложность этой анкеты дает возможность вычленивать из общего профиля ощущения боли три вышеупомянутых ее составляющих.

Благодаря АМГ врач может дифференцировано подходить к выбору анальгетиков. При преобладании первого компонента показаны опиоиды, нестероидные противовоспалительные средства; второго — препараты, тормозящие проведение импульсов по ретикулярной формации; для ликвидации третьего компонента рационально назначение транквилизаторов (Dudgeon D., 1993).

Как свидетельствуют результаты специальных исследований, алгии (болевые ощущения) являются вторым по частоте симптомом у больных, обращающихся к психотерапевту (психиатру), а среди первично поступающих в психиатрические учреждения доля пациентов с хроническими болевыми нарушениями достигает 40 %. Боль, продолжающаяся непрерывно (более 3-х месяцев) или периодически (более 6-ти месяцев), квалифицируется как хроническая боль. Такая боль вызывает дезорганизацию деятельности Центральной Нервной Системы (ЦНС), аффективные расстройства (тревогу, депрессию, дисфорию), нарушения функционирования внутренних органов и интегративных систем (нервной, эндокринной, иммунной).

Психосоматический подход в рамках биопсихосоциальной модели болезни расценивает феномен хронической боли как результат взаимодействия физических расстройств, соотношения активности ноцицептивной (воспринимающей боль) и антиноцицептивной (противодействующей ощущению боли) систем, аффективных нарушений, личностных особенностей и социально-психологических факторов, вызывающими постоянную боль, нередко испытывают клинически выраженную депрессию.

Хронический болевой синдром как частый компонент клинической картины соматического страдания оказывает существенное влияние на психическую адаптацию человека. При этом хронический стресс, обусловленный болезнью, может снижать болевой

порог. С другой стороны, боль нередко выступает как вариант депрессивных расстройств. Боль ассоциируется с широким спектром эмоциональных нарушений. Многими исследователями отмечено взаимное влияние боли и тревоги. Тесная связь между путями проведения боли, ретикулярной формацией и корой головного мозга создает нейроанатомическую основу эмоционального (аффективного) компонента боли.

Принято выделять следующие компоненты боли:

1. Перцептивный компонент, позволяет определить место повреждения.
2. Эмоционально-аффективный компонент, отражает психоэмоциональную реакцию на повреждение.
3. Вегетативный компонент, связан с рефлекторным изменением тонуса симпато-адреналовой системы.
4. Двигательный компонент, направлен на устранение действия повреждающих стимулов.
5. Когнитивный компонент, участвует в формировании субъективного отношения к испытываемой в данный момент боли на основе накопленного опыта.

Боль всегда субъективна. Одно и то же раздражение может восприниматься нашим сознанием по-разному. Неуверенность в себе, страх усиливают боль, в то время как гнев и ярость снижают болевую чувствительность. Восприятие боли зависит не только от места и характера повреждения, но и от условий или обстоятельств, при которых произошло повреждение, от психологического состояния человека, его индивидуального жизненного опыта и культуры. Благодаря процессу узнавания, сравнения текущей боли с предыдущим болевым опытом во многом определяется конечное проявление боли — выраженность мимики, наличие или отсутствие стонов, степень страдания, которые посредством механизмов памяти закрепляются в особое “болевое поведение”, характерное для пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом.

Необходимо подчеркнуть, что для хронических болевых синдромов характерна комбинация патогенетических механизмов, когда к ведущему основному механизму (соматогенному или нейрогенному) присоединяется психогенный, усугубляющий клинические проявления боли. Поэтому при лечении хронических болевых синдромов наряду с этиопатогенетической терапией, необходима продуманная коррекция личностно-психологических проблем с использованием

психотерапевтических методов лечения.

Перед началом использования психотерапии пациентов с болью следует обследовать психодиагностически. Проведение психодиагностики при хронической боли важно для повышения мотивации пациента к психотерапии и определения психотерапевтических мишеней. Задачами клинико-психологической диагностики являются:

1. выявление эмоциональных расстройств и осознание пациентом их связи с болью;
2. выявление актуальных жизненных ситуаций, способствующих возникновению и сохранению психотравмирующих переживаний;
3. осознание пациентом дезадаптивных личностных способов реагирования в трудных жизненных ситуациях; 4) выявление личностных ресурсов.

Задачами психотерапии боли являются:

1. предоставление пациенту информации о сущности и психофизиологических механизмах боли, прежде всего, о влиянии негативных мыслей и эмоций;
2. переоценка значимости болевых симптомов и адаптация к боли;
3. обучение:
 - a. релаксации (прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательная релаксация, образы релаксации);
 - b. коррекции болевого (а также, тревожного и депрессивного) поведения — переключение внимания на эмоционально позитивные стимулы, позитивное мышление, активизация деятельности, доставляющей удовлетворение;
 - c. умению трансформации ощущения боли в визуальный образ с последующей его редукцией.
4. повышение самооценки для преодоления стрессогенных жизненных ситуаций.

Клиническая психотерапия и психофармакотерапия являются совокупностью широкого спектра биологических, психологических и социальных воздействий в процессе терапии боли. Для корректного и наиболее продуктивного процесса лечения психотерапевту необходимо обозначить для себя собственный, психотерапевтический диагноз пациента с болью. Психотерапевтический диагноз строится с учетом психопатологии, личностной структуры, лечебного запроса пациента, характера мотивации и его ожиданий от психотерапии,

установки на симптоматические или/и личностные изменения, его дезадаптивных и ресурсных личностных характеристик, особенностей системы психологической защиты и совладания, межличностной сферы и социальной среды. Наличие глубоко вытесненных значимых переживаний и невротических конфликтов, а также нередко символического (при конверсионных симптомах) или эквивалентного (при вегетативных кризах) выражения их в клинической картине болевого синдрома ограничивает возможности когнитивной психотерапии, адресованной к сознанию пациента. Однако этот метод психотерапии достаточно эффективен для целей коррекции внутренней картины болезни, осознания пациентом влияния на болезнь эмоциональных стрессов, особенностей реагирования на ее проявления.

И.П. Павлов о боли

Калягин В.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Росздрава

Одна боль всегда уменьшает другую.
Наступите вы на хвост кошке,
у которой болят зубы, и ей станет легче.

А.П.Чехов

Значение боли для медицины нельзя переоценить. Об этом свидетельствует уже то, что от названия этого элементарного ощущения произведено слово болезнь. Боли посвящены многочисленные статьи и монографии [Кассиль Г.Н., 1975; Мелзак Р., 1981; Бронштейн А. С., Ривкин В.Л., 2009 и др.]. Рассматриваются самые разные аспекты боли от механизмов до роли в жизнедеятельности организма. И.П. Павлов подчеркивал, что при определении жизни парадоксальным образом придется сказать, что она заключается в борьбе за жизнь. Значительную роль в этой борьбе занимает боль, которую можно сравнить с тревогой как необходимых условий адаптации к меняющимся и особенно угрожающим внешним условиям.

На всех этапах своей продолжительной научной деятельности И.П. Павлов имел дело с животными и, прежде всего, собаками, ярким показателем отношения к которым стало установление по его инициативе в 1935 году, когда в нашей стране проходил 15-й Международный конгресс физиологов, на территории Института экспериментальной медицины, памятника собаке. Посещавшие лабораторию учение из разных стран отмечали, что клиника для выхаживания собак после операций соответствовала самым современным на тот момент требованиям. Сам И.П. Павлов и его сотрудники стремились причинять экспериментальным животным как можно меньше страданий, хотя в полной мере этого невозможно было избежать.

Гуманному обращению с животными способствовало также то, что И.П. Павлов стремился сохранять интактность (лат. *intactus* — нетронутый) животных, чтобы получать сведения о нормальных функциях организма. Вот как это описывает С. Воронин в своей повести «Жизнеописание Ивана Петровича Павлова»: «Там ожидала *ego* собака. Первая собака, которую он оперировал без наркоза, даже не при-

вязывая к столу. А нужно было обнажить одну из веточек бедренной артерии и ввести туда стеклянную трубочку, датчик манометра, связанного с кимографом, который записывал кровяное давление на вращающемся барабане. Такую на первый взгляд жестокую и тончайшую операцию ему было необходимо сделать для того, чтобы освободиться от применения наркоза, который резко изменял реакцию кровяного давления на раздражитель. Даже привязывание влияло. Павлов исподволь приучал собаку к операции. Укладывая на операционный стол, давал ей кусочек мяса. Через несколько дней собака уже сама вскакивала на стол и радостно глядела на человека в белом халате. Он же сильной, но ласковой рукой переворачивал ее на спину, не забывая давать лакомые кусочки. и собака покорно подчинялась. Так было и сегодня. Он сделал надрез на коже и тут же дал ей особенно вкусный кусок. Собака даже не вздрогнула. Теперь оставалось только вставить в надрезанную веточку артерии стеклянную канюлю и измерить давление. Что и было сделано в присутствии сотрудников» [1984, с. 5].

Острому эксперименту, в том числе экстирпациям, И.П. Павлов предпочитал хронический эксперимент, при котором были ли это фистулы, вживляемые в пищеварительный тракт, или выведенная наружу слюнная железа, животное не страдало и сохраняло полноценную жизнедеятельность. Операции проводились под наркозом. Автору этих строк пришлось осваивать под руководством К.С. Абуладзе, ученика И.П. Павлова, сперва операцию выведения слюнной железы на поверхность щеки собак, а затем и вживление электродов. Она осуществлялась в условиях весьма похожих на те, в которых оперировал еще сам И.П. Павлов — с помощью масочного хлороформового наркоза. Он позволял обезболить собаку, но при этом участники операции из-за не совсем плотного прилегания маски к ее морде, также получали дозу наркоза, от которого потом приходилось отходить в течение нескольких часов.

Рассмотрим несколько примеров трактовки И.П. Павловым проявлений эффекта подавления боли. Цитаты приводятся по книге «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных» (1973).

В статье **«Экспериментальная патология высшей нервной деятельности»** он приводит описание необычного случая, когда у одной из собак вместо срыва высшей нервной деятельности (выработанных условных рефлексов) возникли болевые ощущения: «В

сущности имелась только трудность в мозгу при сшибке раздражительного процесса с тормозным, которая и дала себя знать на системе условных рефлексов. Откуда же взялась боль в коже? Очевидно, можно и надо представлять себе дело так. У данной собаки в коре происходит в определенном пункте большая трудность, которая должна болезненно чувствоваться так же, как когда вы решаете какую-нибудь чрезвычайно трудную задачу, и в голове получается ощущение какой-то тягости, очень неприятное состояние. и у нашей собаки нужно допустить состояние, подобное этому. Но она вместе с тем в течение всех этих опытов успела, очевидно, образовать условную связь между приклеиванием приборчиков на коже и трудным состоянием в кожном анализаторе мозга и условно переносит борьбу против трудного состояния в мозгу на момент раздражения кожи, обнаруживая борьбу против прикосновения к коже. Но это не есть гиперестезия кожи. Таким образом, это очень интересный случай объективации внутреннего мозгового процесса, обречение силы связи его с раздражением кожи; в мозгу же нужно себе представлять просто тяжелое ощущение особого рода, как особую боль. Недаром психиатры называли меланхолию душевной болью, корковой болью, в характере ощущения отличной от той боли, которую мы испытываем от ранения и заболевания других частей организма».

В работе «Проба физиологического понимания симптоматологии истерии» он анализирует пример изменений болевой чувствительности больной: «У молодой женщины производилась пластическая операция над носом, страшно обезображенным каким-то процессом. К удивлению всех, оказалось, что в середине операции оперированная спокойно бросила какую-то реплику на слова, сказанные оперирующим профессором. Очевидно, она почти совсем не была занаркотизирована (общий наркоз). и та же самая женщина обратила на себя особенное внимание крайней болезненной чувствительностью при ежедневном туалете оперированной области. Ясно, что сильное желание освободиться от безобразия, вероятно, заряженное половой эмоцией, сделало ее нечувствительной к травме операции при мечте, вере в совершенный успех операции. Когда же после операции, по крайней мере на первых порах, аляповатый, смешной искусственный нос горько, убийственно разочаровал ее, та же эмоция сделала ее теперь, наоборот, очень чувствительной к тому, что осторожно делалось с ее носом. и таких случаев немало и в обыденной жизни, и в исторической. При них всегда надлежит

принимать во внимание или гармонический, у сильного здорового человека, комплекс сильной эмоции и сильных преобладающих ассоциаций коры при сильной же отрицательной индукции для всех остальных районов больших полушарий, или описанный выше — истерический механизм слабого нервного типа».

И, наконец, пример переноса результатов экспериментальных исследований животного на человека: «Я вам приведу другой поразительный пример того, какую огромную роль играет это задержание. Я вам уже говорил, что мы занимаемся выработыванием у животных сложных рефлексов, или, выражаясь вашим языком, выработкой ассоциаций. Мы пробовали образовать ассоциации на болевое раздражение, причем брали маленький электрический ток, который давал слабое болевое раздражение, и одновременно давали собаке есть. Таким образом, мы образовали ассоциацию слабой боли с едой, так что при раздражении током собака виляла хвостом, облизывалась, словом давала пищевую реакцию. Надо отметить, что вначале собака на это слабое болевое раздражение реагировала отрицательно — старалась сорвать приборчик, отворачивалась и т. д. и вот, когда мы достигли того, что слабая отрицательная болевая реакция сменилась положительной пищевой реакцией, мы начали осторожно повышать силу электрического тока. Делая это постепенно, мы дошли до страшного тока, и тем не менее реакция осталась та же. Никакой болевой реакции не было, все время была только положительная пищевая реакция. Мало того. Когда мы достигли такого состояния, мы могли даже перейти к разрушению кожи. Мы могли кожу жечь, пробить, а реакция на это была все-таки только пищевая. Это поразительно! На разрушение кожи животное вместо естественной оборонительной реакции отвечает реакцией пищевой. Очевидно, на болевую реакцию развилось задержание. Болевое раздражение направляется теперь в другое место, в центр аппетита, и является только поводом к возбуждению аппетита.

Что такое объяснение не утрировано, доказывается вот чем. Мы были заинтересованы узнать: что же, собака чувствовала при этом боль или нет? Влезть в нее мы, конечно, не могли. Нам ничего не оставалось, как только по внешним признакам убедиться в том, имеет ли она чувство боли или нет. Чувство боли, как известно, сопровождается известными внешними признаками. Некоторые из этих признаков мы можем усилием воли подавить. Но мы знаем, что есть и такие признаки, на которые воля не оказывает влияния, мы знаем,

что боль легко отражается на пульсе, дыхании. Это самые чувствительные реактивы на боль. Мы испытали у нашей собаки пульс и дыхание и не нашли ни малейших изменений. Значит, надо сказать, что собака при этих условиях боли не чувствовала.

Когда эти опыты были показаны Шеррингтону, первому физиологу Англии, он сказал: «Теперь я понял, почему христианские мученики могли переносить мучения. Очевидно, известным сосредоточением мысли можно достигнуть того, что боль не будет существовать». Это его слова, и это правда. Если бы боль оставалась, то нельзя понять, нельзя представить, каким образом ее можно было бы вынести. Я помню операцию, произведенную мужчине-богатырю, у которого были жировики на голове. Надеюсь на себя, он решил вынести операцию без хлороформа. и надо было смотреть, чего это ему стоило. Он еле выдержал эту пустую операцию, продолжавшуюся каких-либо 10— 15 минут, весь дрожал, как в лихорадке...

А христиане выдерживали страшные мучения, улыбаясь. Следовательно, необходимо допустить, что огромное нравственное возбуждение затормозило, уничтожило чувство боли.

Возвратимся к случаю с нашей собакой. Ясно, что здесь было вполне целесообразное соответствие с жизнью. Раз еда дается только по сигналу, вызывающему боль, то мы должны пожертвовать кусочками кожи для того, чтобы сохранить свою жизнь. Да мы знаем этот факт и из обыденных наблюдений. Когда собаке бросается кость, она без раздумья вступает в бой со своими соперницами, причем здесь бывает кровопускание, и клоки шерсти, и даже куски вырванного тела. Это обыкновенный случай. Но вот интересная подробность на тему о потребности меры. Эта ассоциация между сильным болевым раздражением и пищевой реакцией существует, но она ограничена. Вы получите такой пищевой рефлекс, только когда вы действуете на кожу и мышцы. Если же электрический ток достигает до кости, тогда картина меняется, и вы не можете заменить болевую реакцию пищевой. Смысл ясен. Когда для того, чтобы получить еду, дело идет о клоке шерсти, животное должно пожертвовать последним, но когда ломаются кости, когда грозит разрушение организму, тогда к чему и пища. Одним жертвовать можно, другим нельзя, ибо это сигнал к тому, что происходит уничтожение организма» [Павлов И.П., 1999]. Интересно, что позже Джозеф Вольпе проводил эксперимент, в котором удавалось угашать негативную реакции на обстановку, где кошка получала сильные болевой удар электрическим током. Эти

примеры показывают физиологические основы так называемой психической боли или психической составляющей физической боли. Практический опыт подсказывает, что в некоторых случаях мы можем подавлять или, по крайней мере, уменьшать чувство боли, в том числе руководствуясь представлением о ее неуместности.

Таким образом, в работах И.П. Павлова представлены сложные и неоднозначное участие боли в поведении животных и человека, в том числе и психический компонент боли, возможности функциональной перестройки мозговой деятельности, доступной психотерапии, в целях устранения болевого синдрома. Об этом свидетельствуют работы современных ученых по устранению фантомных болей, которые возникают у 80% пациентов, лишившихся руки или ноги.

Закончим оптимистическим примером того, что идеи И.П. Павлова, а главное приемы анализа фактов продолжают жить, в том числе в мировой литературе. Вот небольшой пример из Романа А. Мердок «Море, море»: «Но боль, конечно, не прошла и не пройдет. Наше поведение подчинено условным рефлексам, звонит звонок — и мы выделяем слюну. Такое поведение тоже характерно для нас. По ассоциации можно изгадить что угодно; можно весь мир закрасить черной краской, хватило бы только ассоциаций. Стоит мне услышать, как лает собака, и я вижу лицо Хартли, каким видел его в последний раз, когда оно страдальчески искривилось, а потом вдруг утратило всякое выражение. Точно так же, стоит мне услышать музыку Вагнера, и я вспоминаю, как Клемент, умирая, оплакивала собственную смерть. Более горьких, более изощренных мук не выдумать ни в аду, ни в чистилище» (2000).

Литература

1. Бронштейн, А.С. Изучение и лечение боли (обзор литературы и постановка задач) / А.С. Бронштейн, В.Л. Ривкин // Медицина неотложных состояний, 2009. — №2. — С. 29-33.
2. Воронин, С. Жизнеописание Ивана Петровича Павлова. Повесть. / С. Воронин // Роман-газета, 1986, (1050) — № 20. — 94 с.
3. Кассиль, Г.Н. Наука о боли. 2-е дополненное издание. / Г.Н. Кассиль — М.: Издательство «Наука», 1975. — 400 с.
4. Мелзак, Р. Загадка боли. Пер. с англ. / Р. Мелзак — М.: Медицина, 1981. — 233 с.
5. Мердок, А. Море, море. / А. Мердок — М.: ООО «Издательство АСТ», 2000. — 471 с.
6. Павлов, И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных / И.П. Павлов — М.: Наука, 1973. — 661 с.
7. Павлов, И.П. Основа культуры животных и человека. Лекция 27 мая 1918 г. / Павлов И.П.: pro et contra. СПб.: РХГИ, 1999. — С. 148-165.

Динамика структурно-функциональной организации мозга по данным анализа ЭЭГ и вегетативного статуса при различных вариантах проявления депрессивного синдрома.

Ивонин А.А., Куценко Д.О.
Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН
Лаборатория физиологии ВНД

Исследования проведены на 28 больных с различными клиническими вариантами депрессивного синдрома (F32 депрессивный эпизод, F33 рекуррентное депрессивное расстройство), в возрасте от 20 до 45 лет, с учетом выраженности проявлений депрессивного, тревожного и астенического синдрома, в сравнении с контрольной группой — 20 здоровых испытуемых того же возраста. Депрессивный синдром оценивали по шкале Бека [1]. По интегративному тесту тревожности (ИТТ) оценивали уровень тревожности и астенизации [2]. Изучалась пространственная организация биоэлектрической активности головного мозга методом кросскорреляционного и когерентного анализов. Вегетативный профиль оценивался по результатам аурикулярного криорефлексотеста (измерение порогов холодовой чувствительности аурикулярных точек) [3]. Результаты исследования показали, что клиническая картина депрессивного синдрома находит отражение в структуре пространственной организации ЭЭГ. Пространственная организация ЭЭГ модифицируется в зависимости от степени выраженности депрессивного и сопутствующих синдромов: тревоги и астении. в группе с депрессивным синдромом, без сопутствующих астенических и тревожных проявлений, максимальные изменения (снижение кросскорреляционных отношений) выявлены в правой задневисочной и лобно-височной областях. в группе, где наряду с депрессией выявлялись высокие показатели тревоги, максимальное снижение кросскорреляционных и когерентных связей отмечались в лобно-височных областях обоих полушарий и в правой задневисочной области. в группе, где депрессивный и тревожный синдромы сочетались с выраженными астеническими проявлениями, наблюдалось снижение кросскорреляционных и когерентных связей в лобно-височных, средне и задневисочных областях обоих полушарий.

При анализе вегетативного профиля испытуемых во всех трех

группах характерных изменений не выявлено. в группе обследуемых с высоким и средним уровнями депрессивного расстройства, без выраженного сопутствующего тревожного и астенического синдрома, наиболее выраженные изменения наблюдались в точках, ассоциированных со структурами ствола мозга и корой головного мозга (зарегистрировано преобладание эрготропной активности). Избыточное вегетативное обеспечение деятельности выявлено в легочной системе и поджелудочной железе. Группа обследуемых с выраженными сопутствующими тревожными проявлениями характеризовалась полиморфизмом изменений. Избыточное вегетативное обеспечение деятельности отмечено в сердечно-сосудистой, мочевыделительной системе, печени. Недостаточное вегетативное обеспечение деятельности выявлено для сердца и структур ствола мозга. в точках, ассоциированных со структурами гипоталамуса и гипофиза, зарегистрировано преобладание трофотропной активности деятельности. Наибольшие отклонения от нормы отмечены в группе где депрессивное расстройство сочетается с высоким уровнем астении. При этом недостаточное вегетативное обеспечение отмечается в деятельности легочной и мочевыделительной системах, сердце, селезенке. А избыточное вегетативное обеспечение выявлено для точек, ассоциированных со структурами ствола головного мозга и желудочно-кишечного тракта. Для центральных структур выявлено преобладание эрготропной активности деятельности.

В норме висцеральные стимулы не достигают сознания. Однако в условиях патологии (состояние депрессии) возможно проникновение в сознание афферентных стимулов от внутренних органов [4]. По современным данным в основе механизма этого расстройства лежит снижение порога чувствительности корковых нейронов и зон коркового представительства этих органов [5,6]. Как показано в работе Сидха с соавт. в условиях измененного состояния ЦНС при депрессии, у больных с синдромом раздраженной толстой кишки отмечается снижение порога чувствительности нейронов коркового представительства (островок) [4]. Антони и Азиз [7] показали, что по сравнению с состоянием покоя, при реализации негативных эмоций у человека, таких как страх и печаль, происходит активация дорзальной передней цингулярной извилины и островковой коры. При этом при стимуляции ЖКТ происходит снижение порога чувствительности как корковых, так и периферических нейронов. Медиальная префронтальная кора, инсула, внутренняя амигдала,

вентромедиальная височная кора, вентральный гиппокамп — активируется в ходе реализации эмоциональной реакции и активирует симпатическую нервную систему. Предполагают, что эта реализация (эмоционально-вегетативный ответ) происходит с участием мамиллярных структур, которые играют ключевую роль в эмоционально-вегетативном ответе. Эти системы представлены в коре больших полушарий неравномерно и могут быть разделены на кардиосимпатический и энтеросимпатический отделы. Внутриорганные симпатические системы являются относительно независимыми в регуляции функций органов и требуют минимальной центральной модуляции. Однако центральные изменения могут существенно сказываться на функциональной организации деятельности органов [8]. Дисфункция нейронов, лежащих в этих областях, или круги в которые они входят, могут генерировать преувеличенные вегетативные ответы при различных аффективных состояниях. У человека при дисфункции этих кругов происходят висцеральные изменения, которые традиционно классифицируются как психосоматические расстройства. Помимо этого, эти круги могут быть задействованы в состоянии выраженной тревоги, панических расстройствах и постстрессовых расстройствах [8].

Клиника депрессивных нарушений находит отражение в специфической картине изменений пространственной организации электрической активности коры головного мозга и в изменениях показателей вегетативного статуса. Изменения в центральных мозговых структурах охватывают зоны представительства эмоциональных реакций и зоны коркового представительства органов. Реализация негативных эмоциональных состояний у человека сопровождается изменениями висцеральных функций. Даже незначительные центральные изменения могут вызвать вегетативные дисфункции. При этом существенную роль в формировании патофизиологических нарушений в регуляции внутренних органов играют изменения внутрицентральных (межкорковых) взаимоотношений. Как показывают данные литературы, в основе висцеральных нарушений и болевых синдромов при депрессии (ипохондрических жалоб) может лежать изменение порога чувствительности периферических афферентных систем и центральных корковых нейронов, коркового представительства висцеральных систем [9]. в большинстве недавних исследований у депрессивных пациентов, показаны изменения в спектральной мощности ЭЭГ в правой лобно-височной области.

Выявленные изменения в ЭЭГ (асимметрия спектральной мощности между правой и левой лобной областью) начинают регрессировать по мере лечения антидепрессантами, несколько опережая положительную клиническую динамику — нивелирование вегетативной и депрессивной симптоматики [10].

Таким образом, хронический психоэмоциональный стресс может явиться пусковым механизмом дезинтегративных нарушений системной деятельности головного мозга и способствовать возникновению у человека невротических эмоциональных и вегетативных расстройств. По нашему мнению, при патологической психической деятельности имеют место не столько нарушения функций какого-то определенного анатомического образования (его усиление или выпадение), сколько нарушение целостной, интегративной деятельности мозга. Это, в частности, проявляется, в нарушении пространственной организации биоэлектрической активности, которая является отражением изменений на психоэмоциональном и вегето-висцеральном уровнях.

Литература

1. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen Psychiatry* 4, 561-71, 1961.
2. Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.И. Иовлев — СПб., 1997
3. Богданов, Н.Н. Компьютерная оценка вегетативного статуса методом аурикулярного криорефлексотеста / Н.Н. Богданов, А.К. Макаров — СПб.: СПбМАПО, 2003 — 25 с.
4. Sidhu H., Kern M., Shaker R. Absence of increasing cortical fMRI activity volume in response to increasing visceral stimulation in IBS patients, *Am J Physiol. Gastrointest Liver Physiol.*, 287, 2004. G. 425-35.
5. Bielefeldt K, Christianson J.A. and Davis B.M. Basic and clinical aspects of visceral sensation: transmission in the CNS. *Neurogastroenterol Motil.* 17. 2005. P. 488-499.
6. Sanchoy Sarkar, Anthony R Hobson, Paul L. Furlong, Clifford J. Woolf, David G. Thompson, Qasim Aziz. Central neural mechanisms mediating human visceral hypersensitivity. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.*, 281. 2001. G1196-1202.
7. Anthoni R Hobson ,Qasim Aziz. Central nervous system processing of human visceral pain in health and disease. *News phsiol Sci* 18., 2003. P. 109-114.
8. Schaepler T.E., Frick C., Zobel A., Maer W., Heuser I, Bajbouj M., OKeane V., Carcoran C., Addolfson R., Trimble M., Rau H., Hoff H.J., Muller-Siecheneder.F., Audenaerf K., Van den Abbele D., Mattews K., Christmas D., Standa Z., Hasdermir. Vagus nerve stimulation for depression: efficacy and safety in a European study. *Psychological Medicine* 38, P 651-661.
9. Herrington JD, Heller W, Mohanty A, Engels AS, Banich MT, Webb AG, Miller GA. Localization of asymmetric brain function in emotion and depression. *Jan* 11. 2010. P.442-454.
10. Hunter AM, Leuchter AF, Cook IA, Abrams M. *Acta Psychiatr Scand.* Brain functional changes (QEEG cordance) and worsening suicidal ideation and mood symptoms during antidepressant treatment. 2010 Dec;122(6):461-9

Опыт применения нарративного метода в волонтерской психологической помощи онкологическим больным

Тарновская Н. Н.

Марийский государственный университет

Доцент кафедры психологии развития и образования, к. психол. н

Работа с онкологическими больными 4 клинической стадии, пожалуй, один из самых сложных аспектов профессиональной деятельности онкопсихолога. Во время работы по оказанию помощи в качестве психолога-волонтера в Республиканском онкологическом диспансере республики Марий Эл не раз приходилось слышать опасения больных, проходящих специализированное лечение, о рецидиве заболевания. Специалисты также считают возобновление злокачественного роста опухолевых клеток тяжёлым осложнением, более опасным для жизни больного, чем первичная опухоль.

Получение специализированного лечения в стационаре, согласно классификации А.В. Гнездилова, начинается «поликлинический» (или «диагностический») этап, а завершает «послеоперационный» этап (у оперированных больных), за которым следует этап «выписки» [1]. А.Ю. Березанцев данный этап классифицирует как «катамнестический», который завершается восстановлением либо хронизацией процесса, в зависимости от настроения пациента на ожидание рецидива или на восстановление здоровья [2].

Исходя из существующей классификации типов отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко, единственным конструктивным принято считать гармоничный тип, который характеризуется адекватной оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни [3]. Больные данного типа стремятся во всем активно содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой. в случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания они переключают интересы на те области жизни, которые остаются доступными, сосредоточивают внимание на своих делах, на заботе о близких.

Психологическое консультирование больных с соматическими расстройствами, к которым относят и онкологические заболевания, чаще всего бывает направлено именно на создание реалистических установок по отношению к своему заболеванию. Поэтому одной из задач онкопсихолога является приведение всех типов больных (эр-

гопатического, анозогнозического, тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического, апатического, сентивизного, эгоцентрического, паранойяльного и дисфорического) к жизненным установкам гармоничного типа.

Мы рассматриваем изменение психологического состояния больного на более жизнеутверждающий, как значимый и в плане повышения качества жизни после проведённого лечения, и в плане профилактики рецидивов заболевания. Однако, эмпирический опыт, полученный в результате работы в онкологической клинике и негосударственном психологическом центре, позволил прийти к выводу о несформированности потребности в психологической помощи у подавляющего большинства онкологических больных.

Но наступивший рецидив онкологического заболевания с удвоенной силой запускает механизм проживания горя: от отрицания до депрессии. Развивается внутренняя конфликтность, личность переживает глубокий и мощный кризис. Причём, кризис каждого онкологического больного не сводим к общим параметрам: он единичен. в этом и заключается главная сложность психологической и психотерапевтической работы с людьми в кризисном состоянии: универсальных подходов, методов и техник здесь нет. Есть лишь понимание, что человек должен найти и подключить все свои внутренние ресурсы. Психолог при этом служит только внешним поддерживающим фактором.

Именно поэтому для работы с онкологическими больными в стадии рецидива заболевания было принято использовать элементы нарративной психотерапии как подхода к консультированию, в котором человек сам предстаёт экспертом собственной жизни: пациентам было предложено рассказать истории, которые так или иначе повлияли на дальнейшее развитие событий, став судьбоносными. Под нарративом мы понимаем языковой акт, т.е. вербальное изложение, в отличие от представления. в качестве основополагающей идеи нарративизма берётся идея субъективной привнесённости смысла. в этой связи неважно понимание текста в классическом смысле слова. Нарратив включает в себя не только рассказанную историю, но и то, как говорит человек и насколько эмпатично воспринимает тот собеседник, которому она адресована. Нарратив является не только повествованием, но и средством удержания внимания, заинтересованности и включенности собеседника, который выступает в качестве соавтора нарратива. Нарративный метод как аналитический,

обращает внимание на форму и содержание. Сюжеты и истории, которые человек рассказывает, определяют то, как человек реагирует на ситуации, в которых оказывается, в этом проявляется эмпатия [4].

При вовлечении пациента в рассказ его жизненной истории, происходит переосмысление им самим событий в течение жизни, некоторые из них начинают иначе относиться, например, к вере. При этом, получается так, что человек сам приходит к решению изменить что-то в своей жизни. Такое положение является наиболее ценным: больного не нужно мотивировать — он сам готов что-то делать. Задача онкопсихолога не просто выслушивать жизненные истории, а, исходя из психотипа больного, — «вести» его к принятию решения. Через слезы, отчаяние, но дальше — к продолжению жизни и осознанию её ценности.

Применение нарративного метода имеет результаты. Исходя из классификации Н.Н. Блохина, больные IV клинической группы подразделяются на две подгруппы: находящиеся в удовлетворительном состоянии, часто сохранившие трудоспособность; и находящиеся в тяжелом состоянии, страдающие от интоксикации, болей, нуждающиеся в постоянном уходе [5].

Первые не нуждаются в уходе. Им необходимо проведение назначенного онкологом лечения: выполнение лечебных манипуляций, соблюдение режима и диеты. Наша работа проводилась с пациентами первой подгруппы. Они сохраняли трудоспособность и находились в физически удовлетворительном состоянии, а также имели возможность самостоятельно посещать психолога (занятия с некоторыми из них из-за ухудшения самочувствия впоследствии проводились на их территории).

Работа с собственно нарративами пациентов начиналась со второй, а в некоторых случаях, — и с третьей встречи. Первые встречи были ознакомительными, их целью было ослабление панических чувств, тревоги и стресса, а также установление раппорта и обоюдного доверия. На первой-второй встречах, по возможности, проводилось тестирование по методике самоотношения Р.С. Пантеева [6] и диагностике тревожности Спилбергера-Ханина [7]. Впоследствии, по окончании совместной с психологом работы, пациентам повторно предлагалось ответить на вопросы обеих методик.

Каждая встреча с пациентом начиналась с применения расслабляющих и трансовых техник. Снимая острые проявления дистресса от осознания неумолимого приближения смерти, они позволяли

войти в «пространство воспоминаний». Клиенту предлагалось рассказать самые запомнившиеся моменты своей жизни, как положительные, так и отрицательные. Нарративный метод включал большое разнообразие технических приемов, разработанных автором. Например, прием: «Что Вы всегда любили делать?»; «Детские мечты»; «Что для Вас наиболее важно?» и т.д. Применение того или иного приема зависит от результатов тестирования и наблюдения за реакциями клиентов.

Один сеанс работы с психологом длился в пределах от 50 минут до 1 часа. в за-вершении сеанса клиенту предлагалось вместе с психологом записать основные тезисы, мысли к которым он пришёл во время занятия. в последующем по выбору клиента были расшифрованы (с позволения клиента велась диктофонная запись), несколько литературно обработаны и записаны отдельные значимые истории из его жизни. Они легли в основу дневника, куда впоследствии пациент записывал свои переживания и мысли относительно происходящих с ним изменений. «Ведение дневника» — это еще один важный технический прием нарративного метода — больной продолжает разговаривать сам с собой, переосмысливая жизненный путь.

Решение об окончании систематической работы с психологом принималось по общему согласию. Результаты тестирования на этом этапе зафиксировали повышение уровня самоуправления, самооценности, самопринятия, понижение уровня внутренней конфликтности и самообвинения, а также значительное снижение тревожности. Отметим, что в наши задачи не входило увеличение продолжительности жизни пациентов. Мы ставили перед собой цель переориентировать клиента на новое отношение к болезни и обстоятельствам, сопутствующим заболеванию, найти внутренние ресурсы и повысить качество жизни.

Литература

1. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А.В. Гнездилов — СПб.: Издательство «Речь», 2002. — 162 с.
2. Березанцев, А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства / А.Ю. Березанцев — М., 2001. — 191 с.
3. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. доп. и перераб. / А.Е. Личко — Л.: Медицина, 1983.
4. Карабаева, А.Г. Нарратив в науке и образовании / А.Г. Карабаева // Инновации и образование: Сборник материалов конференции. Серия «Symposium», вып. 29. СПб.: СПб философское общество, 2003.
5. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей — СПб, 2005.
6. Пантилеев, С.Р. Методика исследования самоотношения / С.Р. Пантилеев — М., 1993.
7. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. — СПб., 2000. — 560 с. — С. 295-298.

Тоска и душевная боль при меланхолической депрессии

Барзах Е. Н.

ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова

Всеми признанным считается тот факт, что заболеваемость депрессиями во всем мире постоянно растет. Так, если, по данным Й. Глатцеля, в начале 1980-х годов в развитых странах Европы и Америки она составляла 0,4–0,8%, то в 1990-е годы этот показатель составлял, по данным Т. Сарториуса 5–10% (цит. по [1]). По прогнозу ВОЗ к 2020 г. только униполярная депрессия займет второе место среди заболеваний, вызывающих инвалидность (цит. по [2]). Нельзя не согласиться с мнением А. Б. Смулевича с тем, что «депрессия из психиатрической проблемы превратилась в обще-медицинскую» [1]. Это тем более верно, что больные с начальными этапами заболевания, а — часто — с так называемой маскированной депрессией начинают свое «хождение по мукам» с врачей общей практики.

Со времен Э. Крепелина, впервые описавшего т. наз. депрессивную триаду и смешанные состояния в рамках циркуляторного помешательства (МДП) [3], психопатология и систематика депрессий постоянно разрабатывается и уточняется. в отечественной литературе часто используется классификация депрессий по принципу ведущего аффекта, предложенная О. П. Вертоградовой: тоскливая, тревожная, апатическая [4]. в МКБ-10 депрессии подразделяются по принципу глубины аффекта на легкую, средней тяжести и тяжелую. А. Б. Смулевич с соавторами классифицируют все депрессии в зависимости от преобладания «позитивной» или «негативной» аффективности [1]. Кроме этих классификаций существует множество других, останавливаться на которых здесь мы не считаем возможным.

Настоящая работа посвящена феноменологии меланхолической (тоскливой) депрессии.

Многие авторы отмечают, что в ряде случаев больные меланхолической депрессией не соотносят свое болезненное состояние непосредственно с расстройством настроения (Г. В. Морозов и Н. Г. Шумский [5], Ю. Л. Нуллер и И. Н. Михаленко [6] и др.), на что обращает внимание анализ жалоб этих больных, далеко не всегда спон-

танно говорящих о тоске (этому соответствуют и наши наблюдения)¹. Ю. Л. Нуллер и И. М. Михаленко объясняют это «необычностью болезненных ощущений, возникающих при эндогенной депрессии, их витальностью, отличием от всего того, что раньше пришлось испытать в жизни, и как следствие — отсутствием в обыденном лексиконе слов и терминов, способных отразить подобные переживания». Авторы ссылаются на слова больных, которые не могут сформулировать свои переживания и прибегают к сравнениям, метафорам, описаниям по контрасту: «на душе тяжесть, камень, мрак», «стало тяжело жить» и т. п.; при этом больные подчеркивают, что угнетенное настроение отличается от того горя, которое испытываешь при различных несчастьях даже смерти самых дорогих людей» (Там же).

Тем не менее, понятие тоски прочно укрепилось в описании меланхолической и — вообще — эндогенной депрессии. Так, Г. Вайтбрехт пишет, что наиболее частым проявлением эндогенной депрессии является витальная тоска, означающая «такое эмоциональное состояние или настроение, которому сопутствует особое соматическое самочувствие... Витальные ощущения тождественны так называемым общим ощущениям, которые ни с каким определенным органом не связаны (например, общая усталость или разбитость)». и далее: «... если обратиться к самому содержанию аффекта тоски, то можно сказать, что тоска эндогенной депрессии представляет собой не в ы н о с и м у ю (разрядка наша. — Е. Б.) подавленность и полную безрадостность...» [7]. в другой своей работе Г. Вайтбрехт, пытаясь (по аналогии с симптомами 1 ранга К. Шнайдера при шизофрении) описать симптомы 1 ранга для эндогенной депрессии, помимо вышеназванных расстройств говорит о «состоянии глубокого отчаяния» [8].

По определению А. Б. Смулевича: «Тоска — неопределенное, диффузное (протопатическое) ощущение чаще в форме непереносимого гнета в груди или эпигастрии (прекардиальная или надчревная тоска) с подавленностью, унынием, безнадежностью, отчаяньем; носит характер психического страдания (душевная боль, мука)» [1]. Из всех других знакомых нам определений болезненного аффекта при меланхолической депрессии это определение представляется нам наиболее релевантным: в нем подчеркивается и диффузность переживания, и то, что тоска определяется не только в категориях

1. Гораздо чаще больные спонтанно жалуются на тревогу (тревожная депрессия) и отсутствие желаний что-либо делать (апатическая депрессия).

«настроение» или «аффект», и то, что в нем имеется указание на ее трудно определяемый характер.

Сложности в квалификации больными своего состояния, кроме вышеуказанных, связаны на наш взгляд, с тем, что при меланхолической депрессии наряду с непосредственной гипотимией происходит глубинное изменение самоощущения и мироощущения. Так, одна наша больная говорила о чувстве или ощущении депрессии как о близком по характеру к ощущениям запаха или вкуса. Изменение мироощущения связано не только со снижением откликаемости на события внешнего мира (снижением положительного резонанса по Вайтбрехту [8]), не только с полной ангедонией, но и с переживанием своей «отлученности» от мира, «выпадением из мира событий», заключенности в мире своего «я» и — отсюда — переживанием «одиночества в болезни»².

Помимо уже упоминавшегося «ощущения тяжести», локализуемого чаще всего в груди и во всем теле, реже — в голове, при меланхолической депрессии очень часты жалобы на душевную боль. и если при описании тоски больные часто не могут найти «нужные» слова, то при описании душевной боли они нередко сходятся в ее определении. Эта боль близка к физической по ощущению, но кажется сильнее ее. Она локализуется там же, где больные испытывают ощущение тяжести. Душевная боль доставляет непереносимые страдания. Она «парализует» всю душевную жизнь.

Хотя в большинстве случаев эта боль адресована к «душе», больные — редко — относят ее к какому-либо органу. Так, одна наша больная, обратившаяся к гастроэнтерологам по поводу боли в эпигастрии, прошла курс лечения в связи с реально обострившейся язвенной болезнью желудка. Несмотря на то, что обострение было купировано, боль не прекращалась. в какой-то момент больная «поняла», что болит не желудок, а «душа».

С. Моховиков в своей работе, посвященной душевной боли, отмечает, что при ней «душа» воспринимается как больной орган [9]. Трудно не согласиться с этим замечанием. Душевная боль бывает постоянной или уменьшается (исчезает) в вечерние часы, она может «накатывать волнами», иногда больные кричат от боли, иногда

2. Эти определения сделаны с использованием самоописаний больных и их ответов на подробный расспрос относительно их переживаний во время депрессии и сразу по выходе из нее.

свертываются в комок, иногда мечутся (ажитированная меланхолия Э. Крепелина [3]). Выражение лица страдальческое. в некоторых случаях больные наносят себе самоповреждения, часто наблюдаются суицидальные тенденции.

В заключение приводим самописание больной с меланхолической депрессией. Описание столь красочно и точно, что мы приводим его целиком, несмотря на то, что оно включает не только затрагиваемые в данной работе проявления депрессий.

«Говорят, что самая ужасная помощь при депрессии — это всепонимающие друзья, которые говорят: «Все будет хорошо. Мне тоже бывает грустно, но потом всегда все проходит». Это все равно что человеку, истекающему кровью, сказать: «Все будет хорошо. Мне тоже случалось порезать палец, но потом все заживало». Когда депрессия — это не просто грустно, это очень больно внутри, настолько явственно, что почти физически, но гораздо больнее, чем физически. Я даже почти точно могу определить, где именно у меня болит — болит такой овал, который начинается примерно от сердца и заканчивается примерно в полуметре над головой с левой стороны. Я даже в детстве думала, что это там у человека находится душа. и вот когда это так сильно болит, хочется сделать что-нибудь, чтобы эта боль стала снаружи, а не внутри — удариться головой о стенку со всей силы, или опустить руку в кипяток, или порезать себя чем-нибудь, чтобы было больно и пошла кровь. Чтобы хотя бы уравновесить боль внутри болью снаружи. Я вообще очень редко плачу, а при депрессии совсем плакать не могу, и меня навязчиво преследует образ того, что я вонзаю в себя нож, начинает хлестать кровь и с кровью вытекает вся боль. Я думаю, что это у меня вместо слез...»

Приведённое самописание является хорошей иллюстрацией к сказанному выше. в нём подчёркивается невыносимость страдания, отнесение душевной боли в данном случае не к органу, но к определённом месту, а также тенденции к самоповреждению и суицидальные мысли. Частое упоминание крови свидетельствует о напряжённости аффекта.

В довершение следует отметить, что данная работа не претендует на «новое слово» в учении о депрессиях, но является уточнением её психопатологических проявлений, при этом делается акцент на характере переживаний больных, что имеет большое значение для верификации состояния и назначения адекватной терапии.

Литература

1. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич — М., 2003.
2. Мазо, Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов — СПб., 2012.
3. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин — М., 2004.
4. Вертоградова, О.П. Возможные подходы к типологии депрессий / О.П. Вертоградова // Депрессия (психопатология, патогенез): Сб. статей. М., 1980.
5. Морозов, Г.В. Введение в клиническую психиатрию. / Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский — Н. Новгород, 1998.
6. Нуллер, Ю.Л. Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко — Л., 1988.
7. Вайтбрехт, Г.Й. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы / Г.Й. Вайтбрехт // Клиническая психиатрия / ред. Г. Груле и др. — М., 1967.
8. Вайтбрехт, Г.Й. Значение диагностики депрессивных синдромов / Г.Й. Вайтбрехт // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии — М.: Базель, 1981.
9. Моховиков, А.Н. Психическая боль: природа, диагностика и принципы гештальт-терапии [Электронный ресурс] / А.Н. Моховиков — режим доступа: <http://www.psyforum.ru/>, свободный.

Проблемы утраты и боли у людей пожилого возраста

Кирсанова А. Б.

аспирантка Санкт-Петербургского университета
управления и экономики

В последние годы появилось большое количество людей, которым необходима высококвалифицированная психологическая помощь. Это связано с резко возрастающим влиянием стрессоров на жизнедеятельность человека и требующих повышенной адаптационной напряженности. в психологии феноменом горя занимались такие исследователи как К.Г. Юнг [10], З. Фрейд [14], Э. Линдемманн [13], В. Франкл [8], И. Ялом [11], О.В. Краснова [5] и т.д.

В зарубежной психологии вопросы горя затрагивают несколько теорий. Одна из них психоаналитическая теория З. Фрейда, в которой состояние горя связывает с привязанностью либидо к утраченному объекту. И. Ялом и В. Франкл считали, что переживание горя и принятие смерти способствуют увеличению значения и ценности жизни. По их мнению, человек остается живым, пока чувствует боль и страдает. в страдании он получает бесценный опыт и лучше ценит собственную жизнь.

Люди пожилого возраста особенно подвержены стрессу, связанному с утратой и состоянием горя. Немецко-американский ученый Э. Линдемманн точно исследовал проблему горя и стадии его проявления. Он разработал своеобразную концепцию и выделил следующие признаки горя (рис. 1).

В исследованиях Э. Линдемана [13] течение реакций горя делится на нормальные и болезненные, которые в свою очередь делятся на искаженные и отсроченные реакции. Ученый считал, что продолжительность горя у пожилых людей определяется тем, насколько индивид работает над собой, как быстро он приспосабливается после утраты и формирует новые отношения.

Типичными симптомами горя считают нарушения сна, апатию, желание уединиться, соматические симптомы, переходящие в психическое расстройство, склонность к суициду, анорексия, галлюцинации (общение с умершим человеком или ощущение его постоянного присутствия), ипохондрия, агрессивность, направленная как правило на конкретного человека, потеря интереса к работе и увлечениям, подавленность и т.д. [9].



Рис. 1 Основные признаки проявления горя у людей пожилого возраста

Основной причиной горя у пожилого человека может стать смерть супруга или близкого родственника или друзей. По исследованиям ученых у 33% опрошенных пожилого возраста потеряли от четырех до семи близких людей в течение двух лет, а 22% — более восьми человек. Пожилые вынуждены смириться с мыслью, что в их возрасте приходится рано или поздно иметь дело со смертью, но чувство отрешенности и тревоги не перестает их покидать относительно неизбежности случившегося. Пожилой человек теряет «чувство опоры», возможно ухудшения финансового положения (особенно, если женщина теряет своего супруга), теряется объект любви и заботы [1]. Пожилой вдовец или вдова сталкиваются с проблемой отношений в обществе и принятия нового статуса. Смерть напоминает оставшемуся жить супругу о его уязвимости.

Иногда у пожилого человека со смертью супруга или супруги наступает облегчение и связывается с возможностью найти замену. Это происходит, когда брак был неудачным, и смерть стала освобождением или когда умерший долго и тяжело болел и уход был слишком обременительным (чаще всего встречается у мужчин, потерявшими после долгой болезни свою супругу).

В свою очередь состояние людей, потерявших супруга или родственника одной возрастной планки с ним различно с состоянием тех пожилых людей, которые потеряли своего ребенка. Когда умирает пожилой человек, то это сначала вызывает депрессию, но потом становится естественным процессом. Когда же пожилой человек сталкивается с утратой собственных детей, идет удар по надеждам и мечтам, с лишением права на собственную жизнь. Наступает некий «синдром несправедливости» (почему он, а не я). Старики, потерявшие ребенка, чувствуют себя обманутыми временем из-за тяжести безысходности и невозможности утраты.

Также причинами горя и стресса может быть потеря работы при условии, что пожилой человек не хочет ее оставлять. Поскольку пожилой человек тяжело адаптируется ко всему новому, то он не успевает оправиться от потери одного близкого родственника или друга, как уже успевает потерять другого. Это неизбежно приводит к стрессу и депрессии.

В переживании горя обычно выделяют пять этапов [3]:

1. Шок и оцепенение. Шок представляет собой отрицание происходящего на фоне растерянности и невозможности осознать действительность. Длится от нескольких секунд до нескольких дней, а на 7-9 день проявляется в форме оцепенения. Характерны такие проявления как потеря аппетита, мышечная слабость, малая или полная неподвижность в сочетании с сумеречностью, а также, ощущение нереальности происходящего. Отрицание факта потери умершего может варьировать от формы легкого расстройства до глубокой депрессии и тяжелого проявления психотических форм. Оцепенение является следующей формой после шока и проявляется во внутренней замкнутости человека со своими переживаниями, невозможностью проявить эмоции (чаще всего это воспринимается обществом как эгоизм), затем резкой сменой на реактивное состояние, бесчувственность и оглушенность. На этом этапе человеку можно оказать помощь молчаливым присутствием,

установлением тактильного контакта, который поможет человеку выплеснуть свои эмоции и «перейти» на следующий уровень переживания.

2. Стадия острого горя. Этот период длится от 3 дней до 6-7 недель и характеризуется отсутствием интереса к внешнему миру, переосмыслением собственной жизни, обвинением себя или обстоятельств [7]. Фрейд называл этот процесс «работой» скорби и считает его когнитивным [14]. На данном этапе скорбящему необходимо преодолеть тяжелую психическую нагрузку, заставляющую его страдать
3. Стадия навязчивости. Иначе называется стадией отчаяния и дезорганизации, а также периодом реактивной депрессии. Появляется повышенная чувствительность к запахам, затрудняется дыхание (стеснение в груди, ком в горле и т.д.), взрывные реакции и повышенная лабильность. Период считается наиболее острым по ощущению душевной боли, поскольку происходит адаптация и постепенно возвращается осознание реальности.
4. Стадия прорабатывания проблемы. Происходит понимание и осознание, процессы в организме нормализуются, наступает период решения практических задач. Если на этом периоде состояние горя и скорби не изменилось, то оно превращается в хроническое.
5. Стадия завершения эмоциональной работы. Цель этой стадии заключается в том, чтобы скорбящий полностью адаптировался, смирился с произошедшим событием и продолжил жить дальше.

Таким образом, можно отметить то, что переживание горя и утраты в пожилом возрасте отличается от переживания горя в другом возрасте тем, что пожилые люди особенно восприимчивы к стрессу и тяжелее переживают потери.

Особенности переживания горя в пожилом возрасте обуславливаются тем, что в этом возрасте чаще всего встречаются утраты друзей, родственников, работы, социального положения и здоровья, что еще раз подтверждает огромное количество потерь, которые наступают практически одновременно.

Литература

1. Вокан, В. Жизнь после утраты. Психология горевания / В. Вокан, Э. Зинтл — М.: Когито-Центр, 2007. — 160 с.
2. Игумнов, С.А. Стресс и стресс-зависимые заболевания / С.А. Игумнов — СПб: Речь, 2011. — 346 с.
3. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард — М.: Питер, 2007. — 464 с.
4. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык — Печать по требованию, 2012. — 368 с.
5. Краснова, О.В. Психология старости и старения / О.В. Краснова, А.Г. Лидерс — М.: ИЦ «Академия», 2003. — 416 с.
6. Палмад, Г. Психотерапия / Г. Палмад — СПб: Питер, 2003. — 160 с.
7. Пол, Э. Психология эмоций / Э. Пол — М.: Питер, 2013. — 240 с.
8. Франкл, В. Страдания от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия. / В. Франкл — Новосибирск: Сибирское университетское изд-во, 2009. — 105 с.
9. Щербатых, Ю. Психология стресса и методы коррекции. / Ю. Щербатых — М.: Питер, 2006. — 256 с.
10. Юнг, К.Г. Аналитическая и индивидуальная психология. / К.Г. Юнг, А. Адлер, Р. Фрейдджер — М.: Прайм-Еврознак, 2007. — 128 с.
11. Ялом, И. экзистенциальная психотерапия. / И. Ялом — М.: Рингс, 2008. — 608 с.
12. Russel, J. Стресс-анализ. / J. Russel, R. Cohn — Книга по требованию: Изд-во VSD, 2012. — 96 с.
13. Линдемманн, Э. Клиника острого горя. [Электронный ресурс] / Э. Линдемманн — М.: Издательство Московского университета, 1984. — режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/481009/> (дата обращения 14.03.2014)
14. Фрейд, З. Печаль и меланхолия [Электронный ресурс] / З. Фрейд — Москва, 2006. — режим доступа: <http://www.yourdreams.ru/biblio/biblio.php> (дата обращения 14.03.2014)

Содержание

Вступительное слово

Палкин Ю.Р.
главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова 6

Типы боли и выбор методов работы с ней: социальные и психофизиологические аспекты боли

Александров В. И. (Натаров)
Северо-Западный центр защиты информации, УФСБ РФ 7

Душевная боль: страдание или преодоление

Баканова А.А.
доцент, кандидат психологических наук, доцент кафедр
клинической психологии и психологической помощи
ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический
университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург 13

Эмоциональный баланс как индикатор психогенной боли при соматоформных расстройствах

Соловьева С.Л., Николаев В.И., Ишинова В.А.
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр
медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации
инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Минтруда России 14

Пострессорные психосоматические нарушения: мигрирующий болевой синдром

Булгакова О.С.
Научно-практический центр
«Психосоматическая нормализация»
Государственный медицинский университет им. И.П. Павлова 19

Характеристика психологической структуры физической и душевной боли

Правило Е.С.
кандидат психологических наук, старший преподаватель
кафедры клинической психологии ФГБОУ ВПО Южно-Уральского
государственного университета (НИУ), г. Челябинск 24

Компоненты боли	
Ковпак Д.В. доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова.....	28
И.П. Павлов о боли	
Калягин В.А. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Росздрава.....	33
Динамика структурно-функциональной организации мозга по данным анализа ЭЭГ и вегетативного статуса при различных вариантах проявления депрессивного синдрома.	
Ивонин А.А., Куценко Д.О. Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН Лаборатория физиологии ВНД.....	40
Опыт применения нарративного метода в волонтерской психологической помощи онкологическим больным	
Тарновская Н. Н. Марийский государственный университет Доцент кафедры психологии развития и образования, к. психол. н.....	45
Тоска и душевная боль при меланхолической депрессии	
Барзах Е. Н. ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова.....	50
Проблемы утраты и боли у людей пожилого возраста	
Кирсанова А. Б. аспирантка Санкт-Петербургского университета управления и экономики.....	55

XVIII Клинические Павловские чтения
Боль душевная и боль физическая
Псюхе & Сома

24 апреля 2014 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Подписано в печать 17.04.14
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Муриад Pro.
Печать цифровая. Усл. печ. л. 3,875
Тираж 120. Заказ № 1704/14

ООО «Издательство «Левша. Санкт-Петербург»
г. Санкт-Петербург, Аптекарский пр., д. 6

Отпечатано в типографии «СИНЭЛ»
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10





САНКТ-ПЕТЕРБУРГ