

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Автономная некоммерческая организация высшего образования

«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ  
РАБОТА

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ  
БОЛЕЗНЕЙ

Выполнил: Горностаева А.С.

Научный руководитель: Арышева А.П.

Красноярск 2018

## **СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ.....	3
I. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ .....	6
1.1. Психосоматическая проблема в психологии.....	6
1.2. Психосоматика кожных заболеваний.....	27
1.3. Роль тревожности в течение психосоматического заболевания....	38
II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.....	43
2.1. Описание методик исследования.....	43
2.2. Анализ эмпирических данных .....	53
2.3. Программа .....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	65
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	66
Приложение	

## ВВЕДЕНИЕ

Возникновение психосоматики как науки в начале XX века ознаменовало собой оформление оппозиции «односторонним естественнонаучным и органоцентрическим установкам медицины». В основе психосоматической концепции расстройств находится положение взаимозависимости и взаимообусловленности душевного «psyche» и телесного «soma», связывающих человека с окружающей его средой.

Понимание характера этой взаимосвязи менялось в течение продолжительного времени соответственно динамике развития медицины, естествознания и других наук. В настоящее время в самом общем смысле психосоматика рассматривается как наука о взаимосвязи психических процессов и соматических заболеваний, а также включает психосоматические аспекты в контекст исследования широкого спектра болезней.

Смулевич определяет психосоматические расстройства как группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов. Действие соматизации является бессознательным процессом, посредством которого пациент переводит эмоциональный дистресс в соматические симптомы. Можно сказать, что соматизация является попыткой сообщить с помощью физических симптомов о психических конфликтах (Lipowski, 1986).

Актуальность темы:

Специфика психосоматических заболеваний заключается в сложности их клинической диагностики, обусловленной патоморфозом эмоциональных и поведенческих расстройств, психической коморбидностью, возможным отсутствием органических изменений. В связи с этим Diana Sanders отмечает,

что подобные пациенты в медицинской и психиатрической литературе чаще всего описываются в терминах «hard to help», «difficult to manage», «fat-file», «heart-sink». Такие пациенты годами безрезультатно могут искать помощи в медицинских учреждениях. R. Rozensky с соавторами описывает последствия такой невозможности найти понимания у медиков, не владеющих достаточными знаниями в области психосоматической медицины, психотерапии, психопатологической диагностики. Если соматические симптомы в результате диагностики не обнаруживают под собой биологических оснований, порождая новые и новые уровни прохождения «медицинского лабиринта», проблемы могут становиться хроническими, формируются эмоциональные нарушения, слабость, неуверенность, тенденции ухода от традиционной системы здравоохранения, чувство безнадежности и покинутости. И как следствие – гнев и враждебность, неминуемое снижение качества жизни индивида. Задача психосоматики состоит в том, чтобы найти связь между психологическими показателями переживаний, поведения и соматическими процессами и полученную картину использовать в терапевтических целях. Концепция психосоматических заболеваний, признающая влияние широкого спектра психологических, социальных, средовых факторов на возникновение и течение соматического расстройства, обуславливает необходимость особого подхода к организации терапевтических и реабилитационных мероприятий для этой группы пациентов.

Цель исследования:

Изучить влияние тревожности на соматическое течение кожных болезней

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме «Психосоматические причины болезни кожи»
2. Создание программы психодиагностического исследования и психологической коррекции
3. Проведение предварительного психодиагностического исследования, коррекционной работы, проведение повторной психодиагностики

4. Подведение итогов, формулирование выводов.

Объект исследования:

тревожность у больных кожными болезнями.

Предмет исследования:

влияние тревожности на соматическое течение кожных болезней.

Гипотеза исследования:

тревожность влияет на соматическое течение кожных болезней.

Теория и методология исследования:

в данной работе были широко использованы подходы современной психосоматики, терапевтические подходы к лечению психосоматических заболеваний.

# I. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

## 1.1. Психосоматическая проблема в психологии

Несмотря на то что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (греч. psyche – душа, soma – тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»). (Малкина Пых, 2002)

Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы. (Малкина Пых, 2002)

Принято считать, что психосоматическая медицина – ровесница прошлого века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина стара, как само врачевание.

Тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократа и Аристотеля. В 1818 г.

немецкий врач из Лейпцига Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (Deutsch, 1953), и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине». Дойч, эмигрировав в сороковые годы в США, вместе с коллегами Фландерс Данбар, Францем Александром и др. вызвал интерес к психосоматическим проблемам, и уже к концу 50-х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов. Среди тех, кто развивал это направление, следует назвать таких известных аналитиков, как Адлер, Сонди. В России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И. П. Павлова при разработке метода экспериментального невроза. (Малкина Пых, 2002)

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

- она служит лечению заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;

- как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

Современный взгляд на психосоматику выходит за рамки представлений о здоровье и болезни. Психосоматика - это телесное отражение душевной жизни человека, включая как телесное проявление эмоций (следствием дисбаланса которых и становятся психосоматические болезни), так и «зеркало» иных подсознательных процессов, телесный канал сознательно-подсознательной коммуникации. (Сандомирский, 2003)

В этом контексте тело представляется как своего рода экран, на который проецируются символические послания подсознания. Экран, на котором все «тайное» (подсознательное) становится «явным» (сознательным) или по крайней мере получает потенциальную возможность стать таковым. И на котором психологические проблемы человека, его внутренние, сознательно-подсознательные конфликты находят отражение в облигатном, безусловно-обязательном порядке. Иначе говоря, взаимосвязь тела («сомы») и психики всегда двусторонняя. Как все соматические расстройства имеют свои психологические «корни», так и любые психологические проблемы всегда приносят психосоматические «плоды». Разница только в том, какая именно сторона внутриментального конфликта – душевная или соматическая – выходит на первый план, какая из них имеет более выраженные внешние проявления. И точно так же, как исцеление от телесных недугов может быть достигнуто путем проработки породивших их психологических причин, в равной степени справедливо и обратное. (Сандомирский, 2003)

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы – психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому

состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии. (Малкина Пых, 2002)

По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной – это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе врача. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего – преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время в медицине описано 10 000 симптомов и нозологических форм, а для того чтобы успешноправляться с болезнями человека, существует более трехсот медицинских специальностей. (Малкина Пых, 2002)

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины. (Малкина Пых, 2002)

По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде

зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2002).

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсий» могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа». (Малкина Пых, 2002)

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраниют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит

генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обусловливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию.

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что в конечном счете приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится более чувствительной к внешним воздействиям и инteroцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память.

Долговременная память – это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и

долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм – «следов памяти».

В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств. Например, пароксизмы синусовой тахикардии с ощущением удушья и страха смерти возникают при снижении настроения или переутомления у больной с аналогичным эпизодом на фоне послеродового эндометрита в прошлом. Подлинной причиной рецидива нередко становится лишь «воскрешение» соответствующей симптоматики вследствие оживления ее следов. Чем острее было чувство опасности для жизни и здоровья, тем больше вероятность воспроизведения развернутой клинической картины по типу депрессии или ее соматического эквивалента.

Ведущая роль в формировании долгосрочной памяти принадлежит не столько действительной тяжести соматического страдания, сколько стрессогенным действием вызванных им или случайно совпавших с ним душевных переживаний. Первостепенным фактором, обусловливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от

особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с somатическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Предполагается существование так называемого препсихосоматического личностного радикала – тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы.

Предрасположенность – это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или somатические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Например, значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биopsихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь «предрасположенность – личность – ситуация».

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

Наиболее общим подходом к описанию телесно-психологических проблем, служащих точкой приложения телесной психокоррекции, служит представление о нарушении психологической адаптации как механизме их формирования. По сути, психологическая адаптированность является синонимом душевного (и в значительной мере телесного) здоровья. В этом плане показательным, на наш взгляд, является определение Х. Хартманна (2002): «Мы называем человека хорошо адаптированным, если продуктивность его деятельности, его способность наслаждаться жизнью и его психическое равновесие остаются ненарушенными».

На значимость проблемы адаптации в психотерапевтическом контексте, пожалуй, впервые обратил внимание основоположник гештальт-терапии Ф. Перлз. Для описания базовых механизмов психокоррекции он использовал модель «организм – окружающая среда», в которой адаптация рассматривается как результирующая взаимодействия двух самостоятельных процессов -

воздействия окружающей среды и связанных с ним ответных реакций организма.

По-видимому, для описания закономерностей психической адаптации эта модель является оптимальной с точки зрения ее практических приложений. При этом со стороны окружающей среды рассматриваются различные варианты психотравм, в первую очередь в зависимости от их интенсивности и длительности воздействия (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000):

- 1) шоковые (внезапные, сверхсильные) психотравмы;
- 2) кратковременные психотравмирующие ситуации;
- 3) затяжные, хронические психотравмирующие ситуации;
- 4) эмоциональная депривация (дефицит внимания и любви).

Последняя наиболее значима в раннем возрасте и может лежать в основе происхождения личностных дисгармоний, нарушая нормальное протекание возрастного развития психики. Конкретные же причины психотравм можно свести к известной классификации фрустрирующих факторов по С. Розенцвейгу. Это такие универсальные психотравмирующие факторы (цит. по Левитову Н.Д., 1967):

- лишения (и внешние - материальные, социальные, и внутренние, связанные с психологическими самоограничениями, комплексом неполноценности);
- потери (внешних объектов или внутренних ресурсов);
- конфликты (которые также могут быть внешними или внутренними).

Ответными реакциями со стороны организма на физиологическом уровне являются соответствующие вегетативные сдвиги, на психоэмоциональном уровне - аффективные и когнитивные сдвиги, связанные с субъективным переживанием стресса (фрустрацией), на уровне поведения - приспособительное поведение и поисковая активность.

Эти реакции соответствуют трем основным видам психологической адаптации (Платонов К.К., 1986), которые включают:

1) психофизиологическую адаптацию или способность организма человека целесообразно перестраивать функциональное состояние в соответствии с требованиями среды. Сюда относятся в первую очередь физиологические проявления стресса;

2) собственно психологическую или психическую адаптацию, нарушения которой проявляются в первую очередь на эмоциональном и когнитивном уровнях;

3) психосоциальную адаптацию или приспособление личности к взаимодействию с обществом. Представления о психической адаптации дополняются известной классификацией К. Хорни, рассматривающей универсальные стратегии адаптации по отношению к внешнему воздействию.

1. Движение «от» внешнего воздействия. Это стратегия капитуляции, смысл которой состоит в первую очередь в сохранении (физического) существования. Результатом же данной стратегии является расщепление тела и психики; на телесном уровне – конверсия или трансформация психологических проблем в психосоматические нарушения, на психологическом уровне - отрыв от реальности, бегство в мир иллюзий, призрачных фантазий и несбыточных надежд.

2. Движение «вместе» или согласование внутреннего состояния с внешним воздействием. Целью этого варианта приспособления является интеграция сознательных и подсознательных механизмов психики, позволяющая добиться снижения эмоциональной фрустрации и уменьшения телесного дискомфорта. (Последнее всегда возможно осуществить с помощью разнообразных техник психологической саморегуляции, и практически все подобные техники функционируют именно в рамках данного способа адаптации.) На экзистенциальном уровне этой стратегии адаптации соответствуют так называемые ценности переживания (В. Франкл).

3. Движение «против» или противостояние проблеме лицом кличу, активное противодействие внешним обстоятельствам и преодоление их. Это конструктивный способ разрешения проблем, не способ описывается как

сублимация (по З. Фрейду), в терминах НЛП - как настройка на конкретный положительный результат или создание позитивного образа будущего. По В. Франклу, данной стратегии адаптации соответствуют так называемые ценности отношения. Их осознавание помогает человеку обрести жизненный смысл и сформулировать для себя те конкретные и практически достижимые цели, движение к которым требует от него мобилизации всех душевных, психологических ресурсов, способствуя развитию его личности.

С этой точки зрения наличие у человека нерешенных психологических проблем не только не влечет за собой фатальную жизненную неуспешность, но и содержит в себе позитивные моменты. Это не что иное, как проявление «кризиса развития», в котором заложен мощный потенциал обновления, резерв для изменения жизни, движения к лучшему, перехода на иной уровень организации собственного существования, личностного роста. Подобные представления лежат в основе парадигмы гуманистической психотерапии (К. Роджерс, А. Маслоу), согласно которой психологические проблемы представляют собой блокированное стремление человека к самоактуализации, личностному росту. В трансперсональной психотерапии подобные проблемы рассматриваются именно как «болезни роста», преодоление которых необходимо для роста личности (С. Гроф). С этой же точкой зрения связано разделяемое большинством практических психологов убеждение, что психологическая проблема всегда имеет внутреннее решение, существующее на подсознательном уровне, но до определенного времени не осознаваемое самим носителем этой проблемы (М. Эриксон). Можно упомянуть в этой связи о взглядах А. Адлера, согласно которым каждому человеку изначально присущ комплекс неполноценности, преодоление которого по закону гиперкомпенсации может приводить к усилению личности. Аналогичное мнение высказывалось представителями «академической» психологии (Л.С. Выготский): наличие у человека некоторой изначальной неполноценности какой-либо высшей психической функции стимулирует развитие, так как

компенсация этого дефекта достигается за счет большего развития других психических функций.

Важно также представить, каким образом психологическая адаптация связана с личностным ростом. На первый взгляд, эта взаимосвязь носит линейный, монотонный характер: чем выше степень личностной зрелости, тем больше адаптивные способности. Однако на самом деле она представляется более сложной, нелинейной. По мере личностного роста происходят «перерывы монотонности», качественные изменения адаптивных возможностей личности, общая направленность которых - переход от конформизма, от пассивного приспособления к реальности, к активному овладению ею. В этом плане важное значение имеют этапы личностного роста или степени «душевного развития», описанные еще в дореволюционной отечественной психологии А.Ф. Лазурским. На первом этапе человек остается рабом обстоятельств, вынужденным приспособливаться к ним; на втором этапе ему удается приспособить обстоятельства к собственным жизненным целям; наконец, цель третьего этапа – изменить обстоятельства жизни не только для себя, но и для многих людей.

Соответственно описанному делению различных видов психологической адаптации, в условиях патологии традиционно рассматриваются следующие виды реакций на психотравмирующую ситуацию:

- 1) реакции с преобладанием собственно психоэмоциональных нарушений - психогенные расстройства;
- 2) на уровне нарушений поведения - расстройства психосоциальные (нарушения социальной адаптации);
- 3) реакции с преобладанием физиологических, соматических нарушений - психосоматические расстройства.

В случае затяжного протекания психотравмирующей ситуации упомянутые реакции формируются поэтапно (Сандомирский М.Е., 2000а). Это происходит в порядке нарастания степени выраженности стрессовых

нарушений, когда преодолевается один барьер психологической адаптации (в терминологии Ю. А. Александровского, 1997) вслед за другим.

1. Вначале нарушается собственно психическая адаптация, что приводит к снижению адекватности функционирования психической сферы и эффективности интеллектуальной деятельности. Происходит это вследствие того, что при дезадаптации функциональные звенья, обеспечивающие переработку информации - ее поиск, восприятие, анализ и синтез, хранение и использование, - могут разрушаться, функционировать извращенно или на сниженном уровне (Гримак Л.П., 1987). Психическая напряженность проявляется в снижении устойчивости психических функций, приводящем к снижению эффективности деятельности, ее дезинтеграции (Наенко Н.И., 1976), протекающем в следующих формах: тормозной ("замедление выполнения интеллектуальных операций), импульсивной (ошибочные действия, суетливость) и генерализованной (срыв деятельности, сопровождаемый чувством безразличия, обреченности и депрессией).

2. На втором этапе добавляется ухудшение межличностного взаимодействия, то есть нарушение социально-психологической адаптации. Показано, что следствием любого пограничного психического расстройства является развитие в той или иной мере выраженной социальной дезадаптации (Александровский Ю.А., 1997).

Последнее закономерно включает определенные черты психопатизации - нарушения коммуникации, чувство отчужденности от других людей, неприязнь ко всякой инициативе, а также уход от ответственности

(Китаев-Смык Л.А., 1989), неуверенность в собственной способности справляться с жизненными трудностями и кризис идентичности (Положий Б.С., 1996).

3. Дальнейшее ухудшение состояния психической адаптации приводит к формированию более или менее отчетливых физиологических сдвигов - расстройствам психофизиологической адаптации. В выраженных случаях подобные нарушения проявляются как клинически очерченные

расстройства психического (а в связи с изменениями психофизиологических соотношений и соматического) здоровья, характер которых в существенной степени определяется преимущественным ухудшением того или иного аспекта психической адаптации (Березин Ф.Б., 1988). При этом, по мнению того же автора, граница между дезадаптивными проявлениями (нормальные

реакции личности, акцентированные личностные черты или адаптационные вегетативные реакции) и клинически выраженными психическими или психосоматическими расстройствами представляет собой не четкую линию, а более или менее широкую полосу с довольно большим числом переходных вариантов. Именно возможность выявления таких зон неустойчивой адаптации позволяет своевременно осуществлять диагностику адаптационных нарушений и проводить психокоррекционные мероприятия (в рамках медицинской парадигмы рассматриваемых как дононозологическая диагностика и дононозологическая терапия).

На физиологическом уровне различные фазы развития стрессовых нарушений, закономерно сменяющие друг друга по мере накопления отрицательных эмоций, ухудшения состояния нервной системы (и организма в целом) вследствие затяжного характера стрессогенной ситуации и отсутствия выхода из нее описаны Г.И. Косицким(1985):

1. Фаза ВМА - внимание, мобилизация, активность. Это естественные адаптивные сдвиги, направленные на решение стоящей перед человеком проблемы.

2. Фаза СОЭ - стенические отрицательные эмоции (гнев, агрессия).

Это отчаянная попытка сверхнапряжения, мобилизации всех ресурсов, не задействованных ранее, которая возникает при неуспешности предыдущего этапа.

3. Фаза астенических отрицательных эмоций (тоска, отчаяние, депрессия, связанные с невозможностью выхода из психотравмирующей ситуации). Известно, что отрицательные эмоции лительно удерживаются в центральной

нервной системе и переходят в «застойное» состояние (Ведяев Ф.П., Воробьева Т.М., 1983) или стационарную форму (Судаков К.В., 1981) за счет

физиологических механизмов, уподобляемых эпилептиформному синдрому (Гелльгорт Э., Луфборроу Дж., 1966).

4. Фаза срыва адаптации (невроз). В этой фазе хроническая психическая напряженность, «застойные» отрицательные эмоции приводят к формированию нового устойчивого состояния мозга, при котором происходит перестройка взаимоотношений коры и подкорковых образований, проявляющаяся в частности, в нарушении вегетативной регуляции деятельности внутренних органов (психосоматическая патология) и рассматриваемая в качестве динамического церебровисцерального синдрома эмоционального стресса (Судаков К.В., 1981). Нарушения адаптации проявляются также в форме эмоционально-волевых расстройств, развития неврозоподобных состояний, неадекватного поведения (Короленко Ц.П., 1978).

Т.А. Немчин (1984) выделяет четыре степени нервно-психического напряжения, рассматриваемые также как последовательные стадии его формирования:

I степень - слабое нервно-психическое напряжение. Оно проявляется преимущественно на эмоциональном и когнитивном уровне, при этом показатели высшей нервной деятельности и основные физиологические характеристики организма соответствуют нормальным.

II степень - умеренное нервно-психическое напряжение. При этом система адаптации целостного организма функционирует оптимально, происходит активация психической и психомоторной деятельности с повышением ее продуктивности за счет усиления регуляторной роли ведущего полушария. Одновременно возрастают показатели напряженности функционирования сердечно-сосудистой системы.

III степень - чрезмерное нервно-психическое напряжение. Это состояние, переходное от нормального к патологическому и сопровождающееся

уменьшением адаптированности, в частности, дезорганизацией психомоторной деятельности со снижением роли доминантного полушария, а также ухудшением гемодинамических показателей.

IV степень - патологическое нервно-психическое напряжение. Эта стадия представляет собой уже патологическое состояние, сопровождающееся развитием психосоматических заболеваний и неадаптивными формами психологического реагирования, которые влияют не только на поведение, но и непосредственно на различные физиологические функции организма, вызывая их значительные изменения.

В клинической психиатрии уже давно бытует мнение о том, что различные неврозы представляют собой не самостоятельные заболевания, а только клинические варианты единого психогенного расстройства, связанные между собой многочисленными переходными и смешанными формами (Ковалев В.В., 1974). В качестве такого расстройства и выступает синдром психической дезадаптации, тесно связанный с психосоматическими расстройствами. При этом, насколько парадоксальной ни представлялась бы подобная точка зрения, многие проявления невротических и психосоматических расстройств являются именно адаптационными феноменами. По мнению Л.И. Козловской (2001), невроз - «всего-навсего» специфический вариант психологической адаптации, противостоящий личностному (духовному) росту, как противоположный полюс условной адекватные адаптивные стратегии или их патологические эквиваленты (невротические симптомы, психопатическое поведение и даже, возможно, отдельные проявления психозов) обладают определенной целесообразностью - естественно, не с точки зрения окружающих, а на внутристическом уровне. Они, по сути, играют роль психологической защиты, так как уменьшают психическую напряженность, но в то же время на более высоких уровнях снижают психическую адаптированность. В качестве подобных неадекватных механизмов психической адаптации в стрессовых ситуациях описывается использование психологических защит, неадекватных ситуаций (особенно часто таких, как вытеснение, рационализация) либо

подавление отрицательных эмоций вкупе с избеганием поиска внешней поддержки (Kotler T. e.a., 1994). При этом подобное посттравматическое подавление и отрицание эмоций оказывается адаптивным лишь в течение короткого времени (Boehnlein J.K., Sparr L.F., 1993). Как указывает А.А. Нальчаджан (1988), не психотерапевтической точки зрения среди патологических эквивалентов адаптации в первую очередь необходимо отметить такие проявления, как тревога, депрессия, невротизация, психопатизация и связанные с ними проявления психовегетативного синдрома (Сандомирский М.Е., 2000а). Это наиболее общие проявления психологических проблем, универсальные клинико-психопатологические механизмы их формирования, в основе которых лежат базовые физиологические механизмы стресса. В этом свете главной задачей психокоррекции представляется повышение стрессоустойчивое, а на психологическом уровне – фрустрационной толерантности.

Представления о дезадаптации как основном механизме формирования психологических и психосоматических расстройств сведены воедино в следующей схеме.

#### Механизмы нарушения психологической адаптации

##### Внутренние причины

духовный уровень: отсутствие внешней символической опоры (конструктивных жизненных целей, экзистенциального смысла жизни);  
мотивационный уровень: перфекционизм (функция Супер-Эго);  
когнитивный уровень: дезадаптивные убеждения, ошибки мышления;  
эмоциональный уровень: отрицательный эмоциональный «багаж» (последствия психотравм и конфликтов, перенос отношений)



Внешний пусковой фактор («толчок\*»):  
стресс, особенно жизненная неудача, конфликт, потеря близких,

резкое изменение жизненных обстоятельств, неопределенность будущего



### Фрустрация

(неадекватное переживание неудачи или несоответствия желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа "Я")



Занизженная самооценка и повышенная самокритичность,  
комплекс неполноценности, чувство беспомощности



Неуверенность в себе, проявляющаяся на когнитивном  
(снижение продуктивности мышления, трудности принятия решений,  
навязчивые мысли), эмоциональном (дискомфорт), мотивационно-волевом  
(апатия или навязчивые влечения) и поведенческом (нарушение поисковой  
и приспособительной активности, навязчивые действия) уровнях



Социально-психологическая дезадаптация  
(стрессовое расстройство, невротическое развитие и расстройство  
личности)

Отсюда происходят и все те дисфункциональные проявления психологических проблем, которые сопровождаются негативными эмоциями тоски и печали (депрессивно-самокритичные воспоминания о прошлом и депрессивно-пессимистический прогноз на будущее), страха и тревоги (нереалистичных, не связанных с действительной угрозой), гнева (подавляемые или дезадаптивные проявления агрессии - как физической, так и словесной, - и самоагgressии).

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого

заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александр описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами (Александер, 2002).

Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их – первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипertiреоз.

Позже этот список расширился – к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания. (Малкина Пых, 2002)

## 1.2. Психосоматика кожных заболеваний.

Психодерматология – это раздел психосоматической медицины, рассматривающий особенности этиологии, патогенеза, клиники, терапии и профилактики дерматозов как отражение патофизиологически обусловленной, постоянно существующей, неразрывной и динамичной связи между патологичным кожным процессом и психическим состоянием человека (Иванов, Львов, 2004). В природе многих кожных заболеваний психической патологии издавна отводилось особое место.

Основы подобного подхода разрабатывались еще в трудах Гиппократа, который, формулируя свою идею о природе человеческой сущности в виде четырех основополагающих черт характера, распространяет их и на механизмы формирования кожных заболеваний.

Впервые попытка объяснения кожных заболеваний как имеющих психогенную природу была предпринята в 1681 году Т. Сиденхеном. Он описал ангионевротический отек как истерическое проявление.

В настоящее время сфера психодерматологии активно развивается зарубежными исследователями, работающими в Германии, Италии, Великобритании, США, Канаде.

В 1995 г. создано Европейское общество дерматологов и психиатров, проводятся регулярные тематические симпозиумы, издается специализированный журнал.

В России проблемы соотношения психических расстройств и кожных заболеваний разрабатывались в нескольких направлениях. В начале прошлого столетия почти все неинфекционные кожные болезни рассматривались как в свете теории нервизма И.М. Сеченова, так и психофизиологического учения И.П. Павлова. В последующем, с открытием новых механизмов развития кожной патологии (генетические, иммунологические, обменные), подобный подход в объяснении патогенеза ряда дерматозов отступил на второй план. Тем

не менее различные приемы психокоррекции активно использовались российскими дерматологами. Так, в 1936 г. профессор А.И. Картамышев опубликовал первую в стране монографию «Гипноз в дерматологии». Профессор Н.Н. Желтаков также длительно и успешно разрабатывал проблему гипносуггестивной терапии.

Кожа является индикатором не только физического, но и душевного здоровья человека (у человеческого эмбриона кожа и нервная система развиваются из одного зародыша – эктодермы). Несколько цифр: тяжелый эмоциональный стресс лежит в основе хронической крапивницы (72%), себореи (54%), очаговой алопеции (облысение) (87%) (Тополянский, Струковская, 1985).

Но особенно ярко взаимосвязь между душевным состоянием человека и состоянием кожи видна на примере серьезных кожных заболеваний, таких как нейродермит и псориаз.

Любая кожная реакция, сформировавшаяся в условиях стрессовой ситуации в виде преходящего функционального нарушения, может наблюдаться и в дальнейшем (при любом событии, воспринимаемом как стресс) в форме стереотипно повторяющегося или хронического патологического процесса с определенными изменениями кожи.

Рецидивы патологического процесса развиваются у этих людей по механизму «оживления следов» даже при многолетней, практически полной ремиссии и бесспорном отсутствии какой-либо связи с непосредственной причиной изначального поражения кожи.

Что скрывается за понятием «стресс»? Однозначно ответить на этот вопрос непросто, хотя каждый человек испытывал это состояние. В обиходе мы часто употребляем термин «стресс», когда сталкиваемся со служебными или семейными проблемами, финансовыми трудностями, переживаем по поводу тяжелой болезни близкого человека и многим другим. Несмотря на то что это совершенно разные проблемы, человек реагирует на них стереотипно –

определенными психологическими, гормональными и биохимическими изменениями.

В настоящее время стресс может быть определен как патологическое или экстремальное регулирование физиологии человека, чтобы справиться с неблагоприятными эффектами окружающей среды, которые называются стрессорами.

Термин «стресс» используется, чтобы идентифицировать чрезвычайный ответ на неблагоприятные стимулы, которые причиняют повреждающую патофизиологическую реакцию хозяину, создают изменения в поведении, физиологии и восприимчивости к болезням. Также было признано, что другие формы стимулов придают силу физиологическим ответам хозяина без любых неблагоприятных эффектов. Такой ответ называют эустресс – положительный стресс.

Дermatologam уже давно известна роль эмоционального стресса в развитии многих кожных заболеваний. Л. Кирн (1878 г.) одним из первых обратил внимание на проявления зуда и крапивницы у многих больных с циркулярными расстройствами настроения и высказал весьма прогрессивную мысль о том, что кожные симптомы, как и психические, служат проявлением одного и того же захватывающего весь организм психосоматического страдания.

В период сильного эмоционального стресса приток крови направлен к тем органам, которые организм считает наиболее важными, без участия которых нам не справиться со стрессом. В то же время происходит отток крови от органов, которые организм считает менее важными. К таким «второстепенным» органам относится кожа. К сожалению, кожа – самый обширный орган нашего тела и к тому же самый чувствительный. Когда мы переживаем стресс, кожа ощущает острую потребность в кислороде, отчего приобретает нездоровий желтоватый оттенок.

Стресс не только нарушает работу иммунной и нервной систем. Он также может повлиять на способность организма как следует переваривать пищу, что, в свою очередь, влияет на здоровье кожи и здоровье в целом. При нарушениях

пищеварения питательные вещества не усваиваются как следует, поэтому в организме остаются и накапливаются непереваренные токсичные остатки пищи.

Известно, что стресс может вызывать или усугублять кожные заболевания, в частности экзему, псориаз, розацеа, приводить к появлению бородавок, герпетической лихорадки и волдырей, но наиболее распространены три реакции кожи на стресс: сыпь, зуд и акне (угревая сыпь).

В состоянии стресса в кровь попадают гистамины, отчего могут появиться сыпь или мелкие прыщики. В некоторых случаях сыпь незаметна, но кожа становится очень чувствительной, появляется зуд.

Хотя сыпь и зуд – довольно распространенные реакции кожи на стресс, большинство людей в этом состоянии страдают от угревой сыпи (акне). Стресс является своеобразным триггером, запускающим механизмы, стимулирующие в организме повышенную активность сальных желез. Излишек кожного сала закупоривает поры и вызывает раздражение кожи, что и приводит к появлению акне.

Была выявлена прямая зависимость между выраженностью псевдоаллергической реакции и остротой конфликтной или психотравмирующей ситуации, а также степенью эмоциональных нарушений (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий). Переход на другую работу или переезд в новую квартиру, болезнь и смерть близких людей, развод, страх перед экзаменом или боязнь нежелательной беременности лежат в основе подобной симптоматики, развивающейся впервые или, чаще, рецидивирующей после более или менее длительной (порой многолетней) ремиссии.

Трудно сказать, что представляют собой стрессоры, потому что у каждого они свои: стресс у одного для другого может оказаться пробой сил. Какие события и переживания наверняка будут вызывать стресс? Те, с которыми вы не сможете справиться, или, если использовать физическую метафору, те, которые вызывают у вас деформации, превышающие предел вашей гибкости.

Вызвать стресс, а впоследствии и болезненное состояние могут однократно действующие, сверхсильные, и особенно многократно действующие, более слабые раздражители, что определяется той информацией, которую эти раздражители несут. Чаще всего это информация о семейных или любовных невзгодах, служебные неприятности, наказание за содеянное, угроза жизни, здоровью и благополучию.

В первом случае – острая, во втором – хроническая психотравмирующая ситуация.

Не внезапная, забытая вскоре вспышка гнева или отчаяния может подать тревожный сигнал, а совокупный эффект постоянных, давно подавляемых отрицательных эмоций. Чем дольше сохраняется скрываемое состояние, тем больше вреда оно способно принести, поскольку ослабляет и тело, и сознание и является источником непрекращающихся отрицательных посланий организму. Повторяющиеся негативные мысли и чувства, такие как обида, беспокойство, вина, ревность, гнев, неодобрение, страх и так далее, могут стать намного более пагубными для нас, чем внешняя ситуация. Вся наша нервная система находится под контролем «центрального органа управления», который у человека называется личностью. Другими словами, жизненные ситуации не являются ни плохими, ни хорошими, они просто есть. Названия им дает наша личная реакция на них (Шапиро, 2004).

При таком подходе очевидно, что в возникновении стрессовых реакций и последующих заболеваний важную роль играет ряд личностных особенностей.

Кожу можно назвать зеркалом психических процессов. Не случайно ее определенные участки особенно реагируют во время эмоциональных всплесков. Именно внешний вид кожных покровов особенно много значит для человека. По цвету и состоянию кожи мы определяем, молод человек или стар, устал он или бодр, краснеет ли от стыда, бледнеет ли от испуга, потеет ли от страха и т. д. Вегетативные процессы, смена покоя и возбуждения протекают в коже в виде изменения кровообращения (например, покраснение), потливости, сокращения («гусиная кожа»).

Наряду с физиологическими функциями кожи можно отметить психологические. Наша кожа является:

- границей между человеком и окружающей средой, между «Я» и «не-Я»;
- органом контакта, мостом к окружающей среде;
- органом выражения эмоций: волнений, опасений, страха, радости, стыда;
- органом своеобразной эстетической функции;
- одним из органов чувств (ощущение тепла, холода, боли, жжения и т. д.).

Рассмотрим эти функции более подробно.

Итак, прежде всего, кожа – своеобразная граница между человеком и окружающей средой. Именно кожа является тем органом, который обеспечивает самый первый контакт маленького человека, только что пришедшего в этот мир, с окружающей средой.

Кожа образует границу между собственным и чужим миром, границу между «Я» и «не-Я», вместе с тем кожа представляет собой средство коммуникации. Эта граница у больных нейродермитом поражена. Кожа становится сценой, на которой разыгрываются внутренние конфликты. По мнению эмбриологов, связи между нервными и психическими факторами, с одной стороны, и определенными кожными проявлениями, с другой, закономерны. Как уже говорилось, кожа, как и центральная нервная система, развивается из тех же зародышевых структур эктодермы. И в этом смысле кожный орган можно рассматривать как «выступающую» часть нервной системы. Предполагается, что кожа в психосоматическом отношении, возможно, занимает промежуточное положение между органами с произвольной иннервацией и органами, которые недоступны волевому контролю.

Во-вторых, кожа является органом контакта.

Ярко эта функция выражена у маленьких детей, поскольку другие формы контакта, в частности речь, у них еще не сформированы.

Именно поэтому так важно часто брать детей на руки, поглаживать их. На физиологическом уровне кожная стимуляция в раннем детстве чрезвычайно важна для созревания центральной нервной системы.

Дети, получающие достаточный физический контакт, быстрее набирают вес, формируют психомоторные навыки, более спокойны, реже болеют. На психическом уровне такой контакт вырабатывает у ребенка чувства защищенности, уверенности. Если ребенку не хватает подобного контакта (например, мама считает, что нельзя баловать ребенка и часто брать на руки), он, чтобы привлечь к себе внимание, начинает реагировать кожей: появляются всевозможные сыпи, диатезы. Если родители не исправят ситуацию, такая реакция может закрепиться и впоследствии перейти в хроническое заболевание. 98% детей, страдающих нейродермитом, отвергают матерью.

Эта функция кожи как органа контакта прекрасно отражена в повседневной речи: о человеке говорят, что он «готов из кожи вон вылезти» в своем стремлении понравиться кому-то, от страха «мурашки бегут по коже», « волосы встают дыбом». А если человек абсолютно спокоен и не подвержен воздействиям извне, то его называют «толстокожим».

Приступы нейродермита часто возникают из-за проблем в партнерских отношениях, разлуки или появления лиц, которые имеют большую эмоциональную притягательность для больных. Нередко обнаруживаются переживания и проявления сильных эмоций, ожиданий, желания близости, сексуальности и ее фрустрации (лат. Frustratio – обман, тщетное ожидание) вследствие собственной противоречивости или отказа партнера. При конфликтах, связанных с ситуацией сближения, во многих описаниях подчеркивается роль собственной телесности, желания и удовлетворения, возможности показать и представить себя в телесном облике. Эти описания обычно определяют понятием «экспгибиционизм» (лат. Exhibitio – выставление, предъявление).

В-третьих, кожа – орган выражения чувств и эмоций.

То, что кожа является важным органом выражения эмоций, хорошо известно.

Определенные рефлекторные изменения в коже (бледность, внезапное покраснение и потоотделение) являются составными частями эмоциональных состояний ярости и страха. Пиломоторная реакция на тревогу особенно хорошо проявляется у кошек, но имеет место также у людей, о чем свидетельствуют такие выражения, как «волосы встали дыбом». Эмоциями, которые чаще всего приводят к психогенному кожному зуду, являются подавленный гнев и подавленная тревога.

В-четвертых, кожа является органом, создающим впечатление о человеке, который своей красотой и чистотой эстетически положительно действует на окружающих.

Или же наоборот: вспомните, что происходит, когда на пляже появляется человек, страдающий, например, псориазом? В этом случае психосоциальный дискомфорт часто превышает физический.

В-пятых, кожа является мощным, самым большим по площади органом чувств.

Некоторые даже опасность «кожей чувствуют».

И наконец, центральное место в психологии кожи занимает восприятие боли. Поэтому с кожей могут быть тесно связаны мазохистские наклонности.

При экземе и нейродермите садомазохистские и эксгибиционистские наклонности специфическим образом связаны с кожными симптомами. В этих случаях демонстрация тела (кожи) с целью добиться внимания, любви и расположения (эксгибиционизм) используется как оружие в соперничестве и возбуждает бессознательное чувство вины. По закону возмездия наказание должно быть соразмерно «преступлению»; кожа, служащая инструментом эксгибиционизма, становится местом болезненного страдания.

В этих заболеваниях большое этиологическое значение имеет расчесывание. Психоанализ показывает, что важным фактором расчесывания

являются враждебные импульсы, которые из-за чувства вины отклоняются от своей первоначальной цели и направляются против собственной персоны.

Психосоматика уже давно признает за определенным типом личности склонность к определенным заболеваниям.

Кто же входит в группу риска кожных заболеваний?

Прежде всего, это люди со слабой нервной системой. Существует такое понятие, как темперамент. Именно он лежит в основе нашего характера и определяет силу, уравновешенность и подвижность нервных процессов. Всего насчитываются четыре вида темпераментов: холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик. К «слабому» типу можно в полной мере отнести меланхоликов. Это люди нерешительные, неуверенные в себе, им с трудом дается любой выбор. Они склонны к всевозможным опасениям по поводу и без повода, пассивны, обидчивы.

Общей отличительной особенностью этих людей является «необычайная потребность в ласке». Фruстрация (лат. Frustratio – обман, тщетное ожидание) в отношении этой потребности вызывает агрессивность, которая неизбежно тормозится. Расчесывание кожи доставляет удовольствие, заменяющее потребность в ласке; кроме того, расчесывание представляет собой агрессию, направленную против самого себя (Менделевич, Соловьева, 2005).

Характерной для больных является их идентификация с собеседником. Так происходит, когда человек говорит, что может жить не сам по себе, но лишь в единстве с другими. Эта структура отношений была названа «аллергическими отношениями», поскольку типична для тяжелых аллергиков.

Деловая, корректная и подчеркнуто взрослая манера поведения может скрывать чрезмерную беззащитность и огромную потребность в постоянной защите, заботливой опеке – еще одна из основных установок, наиболее часто встречающихся у тяжелых аллергиков.

У людей с кожными заболеваниями ярко выражены эмоциональная неуверенность и чрезмерная зависимость от матери. Они совершенно не в состоянии выносить чередование удаления и близости в отношениях.

Характерно одновременное переживание агрессивных побуждений и потребности в близости. Так как большинство больных сдерживают свои проявления агрессии, они склонны «уходить в себя». Это нарушение способности к контакту и отношениям происходит на ранних фазах развития ребенка. В его основе кроется нарушение первого переживания кожной чувствительности в отношениях с матерью, почему в дальнейшем кожа или слизистые становятся сценой, на которой разыгрываются внутренние конфликты.

Многие исследователи в области психосоматической дерматологии подчеркивают, что младенцы, рано лишенные грудного вскармливания, имеют психологическую травму, влияющую на их развитие, которая может причинять серьезный ущерб эмоциональной стабильности. Было выяснено, что до 98% детей с нейродермитом росли без матери. Нарушенные отношения мать—ребенок ухудшают существующий дерматоз. Дети с нейродермитом часто находятся в конфликте с невнимательной, несдержанной и неадекватной матерью; это приводит к бессознательному запуску психосоматического механизма и началу болезни.

Пациенты с заболеваниями кожи часто характеризуются выраженной пассивностью, особенно в межличностных контактах. Им трудно дается самоутверждение. Наиболее частым эмоциональным симптомом является страх; довольно распространено наличие суицидальных тенденций, депрессивных эпизодов. Рядом авторов отмечается сниженная устойчивость к стрессам и нестабильная «Я-концепция» (представление о себе) (Любан-Плоцца и др., 1996).

Больным с кожным патологическим процессом также свойственны преувеличенное чувство физической и социальной неполноценности, обостренная восприимчивость к реакциям окружающих, которые усугубляют эмоциональную напряженность пациентов, их подозрительность и настороженность (Тополянский, Струковская, 1985).

Многочисленные исследования безуспешно пытались идентифицировать специфический профиль индивидуальности, однако идентифицированы лишь несколько эмоциональных особенностей и реакций у пациентов с псориазом. У них обнаружен повышенный уровень агрессии, беспокойства и депрессии, наличие навязчивых идей и эмоциональных проблем.

Было отмечено, что пациенты с нейродермитом имеют сильные эмоциональные расстройства, они более раздражительны и враждебны в отличие от людей, не страдающих экземой. Развод родителей, психиатрическая болезнь и болезни кожи часто отмечены в медицинской истории таких семей. Это относится и к младенцам с нейродермитом: их часто описывают раздражительными, требовательными, несчастными и требующими большего, чем среднестатистические младенцы, кожного контакта.

Большинство пациентов с кожной атопией имеют следующие характеристики: неполноценность и неадекватность, подавляемая враждебность к родителям, эмоциональная неустойчивость, половые трудности с мазохистскими тенденциями и кожным эротизмом и довольно высокий уровень интеллекта. Во всех исследованиях было отмечено, что большинство пациентов с нейродермитом имеют некоторую форму эмоционального расстройства и демонстрируют «противоречивый» профиль индивидуальности.

Пациенты, страдающие нейродермитом, отличаются пристрастием к символам, конкретностью и своеобразием мышления, низкой самооценкой, высоким уровнем притязаний, неуверенностью в себе, неудовлетворенностью собой, эмоциональной холодностью. Для них характерны противоречивость натуры, вспыльчивость, высокая тревожность, неуравновешенность, эмоциональная незрелость, периодическая склонность к грусти, пессимизму, обидчивость, ранимость. Характерны также конфликты с родителями, затруднения в отношениях с начальством, противоположным полом и в сексуальной сфере. При этом у них достаточно хорошие отношения с друзьями и коллегами по работе (учебе) (Иванова, 1994; Иванова, Антоньев, 1991).

### 1.3. Роль тревожности в течение психосоматического заболевания.

Большой интерес представляют различные психосоматические нарушения, при которых организм, переживающий тревогу, продолжает бороться за свое существование, изменяя при этом некоторые соматические функции. Есть много данных, свидетельствующих о повышении содержания сахара в крови (что может привести к развитию сахарного диабета) при состояниях тревоги и страха. Не удивительно, что тревогу часто сопровождают сердечные болезни, поскольку сердце особенно чувствительно к эмоциональным стрессам. Освальд Бумке придерживается мнения, что большинство так называемых сердечных неврозов есть не что иное, как соматическое проявление тревоги. Многие случаи патологического аппетита (булимии) и связанного с этим ожирения сопровождаются хроническим состоянием тревоги. Сол описывает один такой случай, при котором желание поесть «выражало подавленную потребность в любви, перемещенную на еду...» Многие такие пациенты воспитывались сверхопекающей матерью — подобные переживания детства предрасполагают человека к тревоге. Противоположное состояние, патологическое отсутствие аппетита (нервная анорексия) встречается у пациентов, у которых потребность в любви и внимании со стороны матери была фruстрирована, что привело к враждебному отношению к матери и сопровождалось виной за агрессивные чувства. Хорошо известно сочетание тревоги и диареи. Сол, изучив несколько случаев астмы, пишет: «Создается впечатление, что отличительной чертой астматиков является избыток тревоги, недостаточная вера в себя и глубоко укорененная зависимость от родителей, что часто становится реакцией на чрезмерную опеку со стороны последних». Астматический приступ «связан с тревогой и плачем (рыдания превращаются в одышку)».

Вопрос о причинах тревожности открыт, в настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой тревожность, имея природную основу (свойства нервной и эндокринной системы), складывается прижизненно, в результате

действия социальных и личностных факторов, например, в результате внутренних конфликтов и т.д. Выделяется устойчивая тревожность в какой-либо сфере - частная и общая, свободно меняющая объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. Различаются также адекватная тревожность, являющаяся отражением неблагополучия человека в той или иной области, хотя конкретная ситуация может не содержать угрозы, и тревожность неадекватная в благополучных для индивида областях действительности.

На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение и др. На физиологическом уровне реакции тревожности проявляются в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления возрастании общей возбудимости, снижении порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают отрицательную эмоциональную окраску. Выделяется устойчивая тревожность в какой-либо сфере (тестовая, межличностная, экологическая и др. - ее принято обозначать как специфическую, частную, парциальную) и общая, генерализованная тревожность, свободно меняющая объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. В этих случаях частная тревожность является лишь формой выражения общей.

Рассмотрение тревожности как предмета психологического исследования берет начало в психоанализе З.Фрейда. Самые первые результаты З.Фрейда... вызвали у него интерес к происхождению тревоги. Эта заинтересованность впервые привела его... к предположению о том, что тревога... является следствием неадекватной разрядки энергии либидо. Позже З. Фрейд пересмотрел это предположение и пришел к выводу, что ... тревога является функцией Эго и назначение её состоит в том, чтобы предупреждать индивидуум о надвигающейся угрозе, которую надо встретить или избежать.

Первичный источник тревоги З. Фрейд усматривал в неспособности младенца контролировать свой новый мир, а именно управлять внутренним и внешним побуждением. Поскольку тревожность связана с переживанием негативных эмоций, индивид стремится избежать состояния тревоги. Для этого он может использовать защитные механизмы, большая часть из которых направлена на защиту образа Я.

Фрейд выделял следующие типы тревоги.

- Реалистическая - является ответом на объективную внешнюю угрозу, при чрезмерном проявлении такая тревожность ослабляет способность индивида эффективно справиться с источником опасности. Переходя во внутренний план в процессе формирования личности, она служит основой для двух типов тревожности, которые различаются по характеру осознания.

- Невротическая тревога обусловлена боязнью оказаться неспособным контролировать свои внутренние побуждения, и является видоизмененной формой реалистической тревожности, когда страх перед внешним наказанием не обусловлен объективной ситуацией.

- Моральная тревога возникает, когда безнравственные побуждения блокируются воспринятыми индивидом социальными и культурными нормами. Факт возникновения таких побуждений вызывает самообвинение (чувства стыда и вины, вплоть до ненависти к себе).

Потребности человека, его воспитание, жизненные взгляды, установки, идеалы, его идеология, обусловленная влиянием социальной среды, умение находить рациональный выход из сложных жизненных ситуаций определяют его чувствительность в той или иной ситуации, влияют на характер психической переработки, которой информация подвергается. Психической травмой обычно является не то, что обращено только в прошлое, а то, что угрожает будущему, порождает неопределенность и поэтому требует принятия решения, как быть в дальнейшем.

Незнание, как поступить в данных условиях, является основной причиной эмоций. Последние рассматриваются как механизм, восполняющий недостаток

информации, необходимой для достижения цели и дальнейших действий. К примеру, ярость компенсирует недостаток сведений, необходимых для организации борьбы, страх – для организации защиты; горе возникает в условиях остройшего недостатка сведений о возможности заменить утрату. Недостаток сведений, вызывающий эмоции, приводит к эмоциональному стрессу и в дальнейшем к болезненным состояниям. Часто это события, приводящие к борьбе противоречивых стремлений при невозможности сделать выбор, ситуации ожидания какого-либо события или длительная попытка достичь результата, который по объективным причинам на данный момент недоступен.

Состояния такого рода могут возникать у людей с любым типом нервной системы, при этом лица с сильным типом нервной системы и достаточной подвижностью нервных процессов заболевают только под влиянием очень сильной или чрезвычайно длительной психической травматизации.

Например, такие черты характера, как ревность, мнительность, боязливость, повышенная озабоченность своим здоровьем, повышенное чувство справедливости, гордость, тщеславие, могут сделать человека особенно чувствительным к тем травмам, которые задевают эти его особенности, и способствовать их патологической переработке, оставляя его устойчивым к другим воздействиям.

Люди, склонные к депрессии или обладающие высокой личностной тревожностью, как и пессимисты, высокочувствительны к развитию стресса. И наоборот, люди, характеризующиеся низкой личностной тревожностью, эмоционально более устойчивы и спокойны. Для последних требуется относительно высокий уровень стресс-факторов, чтобы вызвать стрессовую реакцию.

Неправильно было бы считать одни типы нервной системы «хорошими», другие – «плохими». Они характеризуют разные способы уравновешивания организма со средой, а не разные степени совершенства нервной системы.

Например, слабость нервной системы, являясь следствием ее высокой чувствительности, в известных случаях может быть положительным качеством.

Итак, болезни являются продуктом неосознанного внутреннего конфликта и, таким образом, представляют собой неосознаваемый выбор самого человека. При этом психосоматические заболевания всегда имеют «вторичную выгоду», неосознаваемую самим больным. Иными словами, болезнь удобна для подсознания, которое таким детским образом «помогает» человеку оправдывать свои ошибки, проступки или бездействие, либо «наказывает» его (повторяя внущенные в детстве упреки старших), либо мстит (повторяя внущенные же, но в более зрелом возрасте негативные установки окружающих).

Определение подобных расстройств как психосоматических имеет целью подчеркнуть, что человек сам, активно, хотя по большей мере бессознательно, соматизирует, буквально «отелеснивает» свои неотреагированные эмоции. Психологические проблемы вначале застревают в теле в виде дискомфортных ощущений, а затем вследствие вызванных этим застреванием сбоев нормальной регуляции их работы выходят из строя внутренние органы. Проще говоря, когда человек не выражает свои эмоции внешне, он «замораживает» их в виде телесных ощущений.

Так как кожа является очень чувствительным органом зачастую именно на этом органе прежде всего проявляются симптомы тревожности: покраснения ли, наоборот, побледнение, зуд, крапивница и т.д.

# I ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

## 2.1. Описание методик исследования

При постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются две основные методики – диагностическая беседа и психологическое тестирование.

### 1. Диагностическая беседа

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмыслиенные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

Первоочередная цель заключается в нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамnestически достоверными жизненно важными изменениями или же в констатации их отсутствия. Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент значимость для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризами. Это предполагает знание личности пациента, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении них с учетом ослабления актуальности прошлых переживаний.

При соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении психотерапевтической оценке?

Чтобы знать, как действовать дальше, необходимо разобраться в особенностях личности пациента и истории его жизни, предшествовавшей болезни. Были ли у него в прошлом другие заболевания? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как онправлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним? Имеются ли у него своя точка зрения на эти и сопоставимые с ними трудности, свое мнение об особых ситуациях, которые отдалили его от семьи и профессии? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают, когда он остается один?

Чем более свободно и менее формально протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя психотерапевту, тем больше возможностей обнаружить «сценический» характер его поведения. Представляется ли пациент образцом типичной проблематики межличностных отношений, в которых и возникли его конфликт и вызванные им нарушения? Характерно ли для его проблем экспансивное или сдержанное поведение, полезна или бесполезна в этих условиях его встреча с психотерапевтом? Каковы осанка пациента, его манера разговаривать, как он относится к психотерапевту и к тому, что психотерапевт вмешивается в его интимную жизнь?

Наконец, в первой же диагностической беседе необходимо выявить, что пациент утаивает от психотерапевта, несмотря на обилие даваемой им информации. Психотерапевт, со своей стороны, может оценить легко обнаруживаемые или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытым вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволили бы обсудить с пациентом вопросы прогноза и возможностей лечения.

Первая беседа имеет решающее значение для дальнейшего формирования отношений психотерапевта и пациента. Рекомендуется уже перед первой встречей сделать установку на диагностически-терапевтическое использование пациентом своих чувственных реакций. Важные указания на свой конфликт

пациент часто дает тем, что использует в отношениях с психотерапевтом свою привычную систему переноса и защиты (Любан-Плоцца и др., 2000).

В течение первых минут пациенты обычно расслабляются. Они с удивлением замечают, что о проблемах оказывается возможным говорить; при этом можно затрагивать очень личные вопросы, не впадая в особое смущение.

Разговор с самого начала должен также преследовать терапевтические цели. Это пациент должен чувствовать, т. к. он часто хотел бы начать лечение с момента, когда он переступит порог кабинета.

Рекомендуется использовать даже едва уловимое структурирование процессов как метод исследования, позволяющий оценивать как потребности, так и свободу пациента, которые в его собственном представлении противоречат друг другу, но психотерапевту позволяют составить общую картину болезни.

1. Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к психотерапевту: «Что привело вас сюда?» Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный пациент указывает конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз: «стенокардия», «язва», «ревматизм». Эти жалобы обязывают расспросить пациента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести пациента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии своими словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?» Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Психотерапевт должен настойчиво расспрашивать пациента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. Анамнез жизни в рамках общеврачебной ситуации, когда психотерапевт получает как психические, так и соматические данные, включает и соматическое обследование.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту

начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?» Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях в служебной деятельности, жилищных условиях. Пациент должен при этом вызывать у себя воспоминания в форме свободных ассоциаций. Поскольку о драматических событиях пациенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как пустячные, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризисами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), то психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». При сборе анамнеза разговор ведется об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается картина личности пациента в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» – такие вопросы приводят самого пациента к пониманию собственных способов реагирования.

Конечно, этот метод следует использовать гибко. Целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности полезно в качестве основной линии беседы.



*Рис. 1. Анамнез в психосоматике*

## 2. Психологические тесты.

Психологические тесты – это стандартизованные психодиагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении. Эти тесты в принципе не выходят за пределы того, что можно получить в диагностической беседе с пациентом. Значение психологических тестов заключается в том, что они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективных мнений исследователей. Это достигается путем высокой стандартизации в проведении и оценке теста. Многие психологические тестовые методы возникли на основе теории личности или обогащены ею.

Существует огромное количество психологических тестов, основанных на самоотчетности пациентов, а также проективные тесты, где различный материал используют в качестве стимульного (тесты Люшера, Розенцвейга, Роршаха и т. д.). Интерпретация психодиагностических тестов иногда сложна и предполагает многовариантность трактовок. Полнота интерпретации зависит от квалификации психодиагноста.

В данной работе были использованы следующие методики обследования:

1. Торонтская алекситимическая шкала
2. Опросник Бека
3. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина – уровень тревожности

4. Личностный опросник Айзенка

5. Опросник Шмишека.

1. Торонтская алекситимическая шкала:

используется для подтверждение предрасположенности к психосоматическому заболеванию.

Алекситимия - психологическая характеристика личности, заключающаяся в снижении или отсутствии способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений.

По мнению автора алекситимия определяется следующими когнитивно-аффективными психологическими особенностями:

1. Трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств;

2. Трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;

3. Снижением способности к символизации (бедность фантазии и других проявлений воображения);

4. Фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Бланк опросника в приложении 1.

Нормальным уровнем считается не более 62 баллов. Значения в 74 и более балла соответствуют явной алекситимии, остальные значения - промежуточным степеням.

При адаптации в НИИ им. Бехтерева были получены следующие значения алекситимии:

- Больные неврозами: 70 баллов

- Больные психосоматическими заболеваниями: 72 балла

- Больные бронхиальной астмой: 71,8 балла

- Больные гипертонической болезнью: 72,6 балла

- Больные язвенной болезнью 71,1 балла
- Контрольная группа здоровых: 59 баллов.

## 2. Опросник Бека:

предназначен для диагностики депрессивных состояний.

Несмотря на то что утверждения теста очень прямые и позволяют испытуемому скрывать свое истинное состояние, использование опросника Бека в клинической практике показало его высокую эффективность при скрининговых и предварительных обследованиях.

Тестирование можно проводить в групповом и индивидуальном вариантах.

Результаты опросника высоко коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией.

Все утверждения опросника Бека являются прямыми, поэтому для подсчета общего результата необходимо просто просуммировать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям.

Бланк опросника в приложении 2.

Оценка результатов:

Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он набрал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют испытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза.

В любом случае, интерпретируя результаты опросника, необходимо помнить о том, что состояние депрессии устанавливается специалистом в результате обследования и подробной клинической беседы, а результаты опросника могут дать лишь предварительное и приближенное представление о состоянии испытуемого.

## 3. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина:

опросник представляет собой весьма надежный и информативный инструмент для измерения тревожности как индивидуального свойства личности и как состояния в какой-либо определенный момент в прошлом, настоящем, будущем.

Под личностной тревожностью понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика, черта, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т. е. о его склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации появлением состояния тревожности различного уровня.

Как реактивная диспозиция личностная тревожность активизируется при восприятии определенных «опасных» стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида.

Высокий показатель личностной тревожности дает представление о высокой вероятности появления состояния тревожности у субъекта в ситуациях, где речь идет об оценке его компетентности, подготовленности и воспринимаемых им как угрожающие. Эта группа людей обычно требует повышенного внимания со стороны психотерапевта.

Низкотревожные субъекты, напротив, не склонны воспринимать угрозу своему престижу, самооценке в широком диапазоне ситуаций. Вероятность возникновения у них состояния тревожности значительно ниже, хотя и не исключена в отдельных особо важных и личностно значимых случаях

Реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, «нервозности», сопровождающимися активацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию может быть различным по интенсивности и является достаточно динамичным и изменчивым по времени.

Высокий показатель реактивной тревожности косвенно свидетельствует о выраженном психоэмоциональном напряжении пациента. Этот показатель

чутко реагирует на изменения психоэмоционального состояния пациента в процессе лечения и является одним из наиболее удобных для оценки эффективности психотерапевтической коррекции.

Шкала Спилбергера – Ханина состоит из 40 вопросов, в том числе из 20 вопросов, характеризующих реактивную тревожность (опросник А) и еще 20 вопросов, характеризующих личностную тревогу (опросник Б).

В зависимости от задач исследования каждый из опросников может применяться самостоятельно либо оба вместе. В последнем случае реактивная тревожность измеряется первой.

Опрос может проводиться индивидуально или в группах, без ограничения времени.

Для снижения вероятности образования установки на положительные или отрицательные вопросы в каждый из опросников включено примерно одинаковое число суждений, характеризующих высокую и низкую степень тревожности.

Испытуемому предлагается ответить на вопросы, указав, как он себя чувствует в данный момент (реактивная тревожность, 1–20 вопросы) и как он себя чувствует обычно (личностная тревожность, 21–40 вопросы).

На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности и по частоте выраженной личностной тревожности.

Бланк опросника и методика обработки результатов в приложении 3.

Показатель, не достигающий 30 баллов, рассматривается как свидетельствующий о низкой тревожности, от 31 до 45 баллов – об умеренной, выше 45 баллов – о высокой.

### 3. Личностный опросник Айзенка:

данная методика используется для выявления особенностей характера, которые получили название «экстраверсия», «интроверсия» и «нейротизм».

Для экстравертов наиболее характерны такие черты, как общительность, отзывчивость, непринужденность, жизнерадостность, уверенность в себе,

стремление к лидерству. Они имеют много друзей, оптимистически настроены, добродушно-веселы, но иногда бывают вспыльчивы, несдержанны.

Интроверты в большинстве своем спокойны, уравновешенны, рассудительны, осмотрительны, миролюбивы, контролируют свои поступки, действия их всегда продуманы, рациональны. Круг друзей небольшой, предпочитают книги, личные встречи, высоко ценят «эстетические нормы».

Нейротики отличаются нестабильностью, неуравновешенностью нервно-психических процессов, эмоциональной неустойчивостью, лабильностью вегетативной нервной системы, легко возбудимы. Для них характерны изменчивость настроения, сенситивность, а также тревожность, мнительность, медлительность, склонность к пессимизму, нерешительность.

Если показатель экстра-/интровертированности является достаточно стабильной характеристикой личности пациента и имеет значение лишь для выбора тактики поведения психотерапевта в процессе общения с ним, то показатель уровня нейротизма коррелирует с выраженностью его психоэмоциональной напряженности и помогает объективизировать эффективность психотерапии.

Бланк опросника и методика обработки и оценки результатов в приложении 3.

#### 4. Опросник Шмишека:

личностный опросник, который предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению.

По классификации Леонгарда выделяют десять основных типов акцентуаций. Все эти группы акцентуированных личностей объединяются по принципу акцентуации характера или акцентуации темперамента. К акцентуациям характера относятся: застrevание, педантичность, демонстративность, возбудимость. К акцентуациям темперамента относятся: гипертимность, эмотивность, тревожность, циклоидность, дистимность, экзальтированность.

Бланк опросника и методика обработки результатов в приложении 5.

Если полученная величина превышает 18, то это свидетельствует о выраженности данного типа акцентуации.

## 2.2. Анализ эмпирических данных

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования

Испытуемая: С.И.В., 32 года. Не замужем. Детей нет.

При проведении психологического исследования испытуемая идет на сотрудничество, мотивация к обследованию высокая, контакт не носит формальный характер, т. к. И. заинтересована в собственных изменениях и пытается разобраться в причинах, возникающих с ней проблем. Фон настроения нормальный (редко улыбается), эмоциональные реакции в целом адекватны ситуации, при сборе анамнеза не проявляет эмоциональных скачков. Поведение спокойное, слегка скованное. При проведении обследования темп работы средний, уровень трудоспособности достаточный, инструкции понимает с первого раза. При описании эмоциональных состояний затрудняется с их определением (делает паузы, подбирая слова, легче ориентируется с помощью наводящих вопросов).

И., помнит себя с 5 летнего возраста, воспитывалась в неполной семье. Мать воспитывала их с сестрой одна. Отца помнит с возраста 10 лет, когда мать делала безуспешную попытку наладить отношения с отцом. Он прошил у них год, но начал пить и они снова расстались. Со слов испытуемой взаимоотношения между родителями были плохими. С матерью периодически жил ее друг, которого в детстве они с сестрой не принимали, с матерью из-за этого были конфликты. Со слов испытуемой у нее есть сестра, отношения с которой всегда были нормальными, дружескими. В дошкольном и младшем

школьном возрасте со стороны психики так же никаких отклонений не наблюдалось. В подростковом возрасте (в 15 лет) И. с семьей переехали из деревни в другой город. Со слов испытуемой это повлекло за собой много проблем с самооценкой. Коллектив в школе был новый и недружелюбный, средств на жизнь едва хватало, не было возможности красиво и модно выглядеть, посещать какие-то развлекательные заведения. Это вызывало у нее некоторую отчужденность и непонимание коллектива. С матерью отношения нормальные, но периодически напряженные. Предпочитает не общаться с матерью, когда у той возникают скандалы с мужем, «чтобы не переносить это на свою жизнь. Не хочу погружаться в эти конфликты.» Замужем И не была, детей и беременности не имела. Были непродолжительные связи с молодыми людьми. Но в продолжительном гражданском браке испытуемая также не состояла. Со слов испытуемой, 1,5 года назад у нее были травмирующие зависимые отношения с молодым человеком в которых она чувствовала себя «униженной и ненужной». Вспоминает об этих отношениях неохотно, ругает себя за них. Работает в настоящее время по специальности, но работа не приносит ни морального, ни материального удовлетворения, вынуждена подрабатывать дополнительно. С работой связано много переживаний, так как испытуемая чувствует себя там «не в своей тарелке», под постоянным надзором и придирками со стороны коллектива. Потому, со слов испытуемой она не дает себе лишний раз выйти в туалет, чтобы не подумали о ней плохо «терплю до последнего». Предъявляет жалобы на покраснение кожи. Поставлен официальный диагноз (по МКБ 10 розацея) Осложнение возникает в моменты присутствия на работе. Как только выходит с работы интенсивность покраснений снижается. После выходных также наступает улучшение. Со слов испытуемой, у нее наблюдается частая смена настроения. Периодически возникают трудности во взаимоотношениях с матерью, чувство одиночества, ощущение тревоги, обиды и неудовлетворенности жизнью, рассеянность, раздражительность, сниженный фон настроения.

Целью психологического исследования явилось определение особенностей эмоционально личностной сферы обследуемой. Для решения поставленных задач были использованы следующие методики: Торонтская алекситимическая шкала, Опросник Бека, Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина , Личностный опросник Айзенка, Опросник Шмишека.

В результате применения перечисленных методик были получены следующие данные:

По результатам торонтской алекситимической шкалы подтверждается наличие у обследуемой предрасположенности к психосоматическому заболеванию (73 балла).

По шкале тревожности (опросник Бека) у обследуемой подтверждается средняя степень депрессии.

По шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина – у обследуемой наблюдается высокий уровень ситуативной (55 баллов) и высокий уровень личностной (52балла) тревожности.

По результатам тестирования (личностный опросник Айзенка) обследуемая по типу темперамента – меланхолик, эмоционально неустойчива, чувствительна. В меру общительна, но в отношениях с людьми не очень выдержанна, легко обижается. Поступки часто зависят от настроения. То очень энергична, то становится вяла и апатична. Непостоянна во взглядах и интересах. Хорошо развита интуиция. Предпочитает работу интересную, связанную с эмоциями, но непродолжительную и не очень напряженную, больше умственную, чем физическую.

По опроснику Шмишека выявились следующие акцентуации характера: тревожный тип (21 балл), циклоидный тип (21 балл) и застравающий (20 баллов) типы. Также повышенное значение дистимичность(18баллов). Выраженность акцентуаций подтверждаются данными анамнеза и беседы о смене настроения.

Вывод: особенностями эмоционально личностной сферы испытуемой является тенденция к длительным тревожно-депрессивным переживаниям

невротического генеза и к гипостеническому типу реагирования. Данные особенности характеризуются понижением настроения, склонностью к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины, неуверенностью в себе, переживанию чувства обиды, нарушениями сна, пассивной формой поведения, избеганием и дистанцированием от проблем и психосоматической предрасположенностью, что является признаком хронической дезадаптации. Таким образом, у обследуемой наблюдается высокая личностная тревожность, которая прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

### 2.3. Программа.

С клиенткой было проведено три консультационные встречи.

Консультация № 1.

Запрос клиентки:

Год назад устроилась на новую работу. Все это время чувствую себя на работе вне коллектива, что я другая, что меня осуждают и хотят подставить. Часто возникают конфликты в коллективе. Меня постоянно хотят унизить. Как только прихожу на работу начинает гореть кожа на лице. На выходных эти ощущения проходят.

Психолог:

Когда впервые заметили эту сыпь на лице?

Клиент:

2 года назад были очень сложные отношения, очень болезненные для меня.

Заметила, что как побываю на солнце, так краснеет кожа, но не загар, а сыпь. Но это уже обострение было.

Психолог:

То есть это был не самый первый раз?

Клиент:

Да. Первый раз заметила, когда была в отношениях с молодым человеком, которому очень нравилась. Мы на природу поехали, должен был быть первый секс. Хотя я готовилась и была в себе уверена, я почему-то думала о том, что у меня ноги могут быть не очень гладкие. Пока ехали в машине, смотрела на девушек, что они идут ухоженные, а я нет. Я испытывала раздражение по этому поводу. Когда приехали, посмотрела в зеркало и увидела, что лицо красное. Я еще очень удивилась.

Раньше у меня были веснушки. А теперь веснушек нет, а краснота есть. А веснушки - это был комплекс с детства. Я специально в темноте наносила тональный крем, чтобы свои веснушки не видеть.

А потом отношения стали очень хорошими, молодой человек меня боготворил и я ничего такого не замечала.

Психолог:

А сейчас это вернулось?

Клиент:

Да. Очень сильно. Горит кожа, когда прихожу на работу. Когда ухожу, все проходит.

Психолог:

А как себя чувствуете на работе?

Клиент:

Чувство одиночества. Давно такого не было. Никого нет. На работе, ощущение как в школе, как в детстве неверное действие и все будут смеяться надо мной. Я тогда в школу приходила и маску одевала. И думала, что они все равно со мной все еще захотят дружить. Я ни с кем там не общалась. А все шушукаются.

Психолог:

И теперь также чувствуете себя на работе?

Клиент:

Да. Очень неуверенно себя чувствую. Как будто там каждый мой шаг контролируют. А еще память на работе отключается. Все забываю. Раньше такого не было.

Психолог:

Когда это началось?

Клиент:

Когда отношения были болезненные. Когда разрыв этих отношений был, начались покраснения.

Психолог:

Как вы себя чувствовали себя в этих отношениях?

Клиент:

Дико неуверенная была. Он меня постоянно гнобил, что я не так что-то делаю, не так машину вожу, не туда сумку кладу. Как война, сопротивление, поддержки нет никакой, все не так, все не правильно.

Вот и на работе также. Никак не получается работать по шаблону. Что вчера сделала, так же сегодня делаю и опять не так, опять не правильно.

На работе даже заикаешься из за неуверенности в себе.

Психолог:

Правильно ли я понимаю, что вас беспокоит чувство неуверенности в себе. И с этим хотели бы поработать?

Клиент: Да

Психолог: Хорошо. Когда вы первый раз в жизни ощущали чувство, подобное тому, которое испытываете сейчас на работе?

Клиент:

Зй класс. Одна из моих одноклассниц настроила всех против меня. Войну мне объявила.

Психолог:

Давайте вернемся в тот момент. Может что-то хочется сделать, но вы не сделали.

Клиент:

Да. Хочется побить эту девочку, но нельзя. Гнева много, но нельзя его выпустить. Я комок зла.

Психолог:

Представьте, что вам позволено сейчас сделать то, что хочется. Выпустите эти эмоции. Может хочется что-то высказать, или сделать, это сейчас можно сделать?

Клиент:

Выходит эмоция (плач). Я представляю, что за волосы эту девочку таскаю, и ругаюсь на нее, прям бью, чтобы все видели, чтобы ко мне больше не лезли, чтобы меня больше не трогали, чтобы знали, что трогать меня нельзя!

Психолог:

Хорошо, как себя чувствуете? Что изменилось?

Клиент:

Легче стало. Знаю, что меня не обидит никто. Что меня теперь уважают знаю.

Психолог:

А какое качество сейчас себе позволили?

Клиент:

Проявить силу. Сила теперь есть.

Психолог:

А когда от проявления силы впервые отказались?

Клиент:

Мама запретила. Я что-то хотела возразить, а она ругать меня стала. Сильно. Я испугалась, я сажалась вся. Боюсь. Страшно.

Психолог:

А что хотелось сделать, чтобы не бояться?

Клиент:

Сильно закричать, чтобы услышала. Так сильно, чтобы поняла, что я тоже могу говорить.

Психолог:

Позволь себе сейчас это прожить.

Клиент:

Выдыхает. Накричала. Мама замолчала. Не ругает больше.

Психолог:

А что теперь надо, чтобы вы с мамой поговорили по доброму и друг друга поняли.

Клиент:

Надо, чтобы она меня обняла, поцеловала и просто сказала, что я пока просто не умею что-то делать. И предложила научить. Мы вместе сделали. И обе довольны.

Психолог:

Теперь представьте, ту девочку со школы. Как вы с ней теперь общаетесь?

Клиент:

Мы друг другу улыбаемся. Все хорошо.

Психолог:

Теперь на работе представьте себя. Как вы себя чувствуете?

Клиент:

Легче. Сижу работаю. Никто меня не беспокоит.

Психолог:

Хорошо.

## Консультация № 2

Клиентка:

На работе стало проще. Но неуверенность в себе не пропала. Я постоянно себя с кем-то сравниваю. Думаю, что есть кто-то лучше, чем я. Особенно на работе проявляется. Хотя я одеваюсь хорошо, но хочется еще лучше. Кажется, что недостаточно. Кажется, что все равно у многих есть лучше.

Психолог:

А вы можете припомнить, когда вы почувствовали это первый раз.

Клиентка:

О. Да! Это когда мы переехали в город. Я в деревне такого не чувствовала. Все были одинаковые, мы просто все общались и никто не обращал внимания кто и как одевается. А когда туда приехали, я поняла, что одета очень плохо и стала из-за этого комплексовать. У нас не было денег. Мама одна воспитывала нас с сестрой. И я все время испытывала дискомфорт, что нет денег. И подружиться с девочками нельзя было, потому что они в кафе шли после уроков, а я не могла себе позволить. А еще в школе для меня самым шокирующим был момент, когда классная руководительница на меня накричала, когда я на ремонт класса не принесла. Я специально осталась, чтобы все вышли, и сказала, что нет. А она стала унижать. Кричать стала, что мы не хотим. А у нас реально не было. Для меня было дико, что взрослая женщина, учительница так орет из-за этого. И так унизительно было. Я дома плакала. Но маме не показывала, чтобы ее не растривать. Потом как-то нашли эти деньги. Но это было действительно очень неприятно. И мне все время казалось, что меня в этом классе все обсуждают за то, что я плохо одеваюсь и нет денег у нас.

Психолог:

Попытайтесь вспомнить когда впервые вы испытали подобное чувство, что о вас кто-то что-то говорит унизительное.

Клиент:

Сейчас вот случай вспомнился, но это было еще в деревне. Я со школы шла, а взади меня девочки шли и громко смеялись, я почему-то подумала, что это они надо мною смеются и мне стало очень неприятно.

Психолог:

Что почувствовали? И что в тот момент хотелось сделать, чего, возможно вы не сделали?

Клиент:

Почувствовала, что я какая-то не такая, что у меня что-то не так с одеждой, захотелось осмотреться и понять что не так. И убежать захотелось, чтобы никто не видел меня.

Психолог:

А раньше вы такое испытывали? Было еще до этого пережито нечто подобное?

Клиент:

Да. Мама меня ругает. У меня что-то не так с одеждой и она мне говорит «Как тебе не стыдно так ходить? Ты же девочка.».

Психолог:

Хочется себя так чувствовать еще?

Клиент:

Нет.

Психолог:

Тогда верните маме ее убеждение, что вам должно быть стыдно за то, как вы выглядите. Представьте, что делаете это. Может говорите, или отдаете в форме чего-то.

Клиент:

Да. Отдаю маме тряпки старые поношенные. А сама в платье стою. Красивая.

Психолог:

Нравится как себя сейчас чувствуете?

Клиент:

Да. Приятно. Нравится. Я красивая. Кружусь в юбке и бантики красивые.

Психолог:

Теперь к девочкам вернитесь. Они за спиной что-то говорят. Как вы себя чувствуете?

Клиент:

Ну, говорят и ладно. Со мной же точно все хорошо. Я красивая. Они так просто смеются.

Психолог:

Теперь вернитесь в школу. Там что-то изменилось?

Клиент:

Да. Я сижу в классе. Хожу. Мне все улыбаются. На мне красивое платье и туфли. Я довольная. Со мной все общаются.

Психолог:

Теперь представьте себя на работе. Как там себя чувствуете.

Клиент.

Хорошо. Достойно. Кто-то что-то говорит, но это не обо мне.

Психолог.

Вам нравится это состояние?

Клиент:

Да. Все хорошо

### Консультация № 3

Клиентка:

Испытываю неуверенность в себе во время общения. Мне страшно общаться. Особенно с мужчинами. Я вижу, что мужчины ко мне интересуются, я им нравлюсь, но мне становится страшно. Я краснею. Хочу пообщаться, но в голове как будто стена.

Психолог:

А что это за стена?

Клиент:

Это страх.

Психолог:

А что это за страх? Опишите его.

Клиент:

Страх, что со мной не будут говорить.

Психолог:

Почему вы думаете, что с вами не будут говорить?

Клиент:

Потому что я что-то не то скажу, что-то не то сделаю. Потому что я глупая.

В ходе разговора клиентка вспомнила момент, когда ей было 17 лет, она вечером села в машину к незнакомому взрослому мужчине и тот, повез ее не домой, а за город. Поняв это придумала историю о том что, что мужчина этой очень нравится, и что она хотела бы с ним встретиться еще, но ее потеряет отец милиционер, потому что она должна была быть уже дома, а ее еще нет . Мужчина развернулся и высадил ее. После этого происшествия клиентка решила, что она очень глупая, потому что села в машину к незнакомцу. Клиентка смогла переосмыслить эту ситуацию иначе, что не каждый смог придумать такую историю. То есть она очень умная, что смогла выйти таким образом из такой опасной ситуации.

Таким образом, с клиенткой помимо диагностической беседы и ряда проведенных тестов, которые подтвердили наличие тревожности и возможности психосоматического проявления заболевания, были проведены три консультации, в ходе которых были выявлены несколько внутренних психологических конфликтов (травм), которые влияли на самооценку клиентки, повышая фон тревожности, что , в свою очередь, приводило к кожной соматизации. Эффект от консультаций стал очевиден после встречи через два месяца после беседы. Клиентка рассказала о том, что перестала думать о смене работы, что коллеги стали относиться к ней лучше и конфликты на работе ей больше не досаждают. В целом, хотелось бы найти что-то более подходящее, но пока и это место вполне устраивает. Осложнения, выраженные в активном покраснении и жжении лица во время нахождения на рабочем месте, прекратились. Но диагноз целиком пока не снят. Через несколько недель после консультации клиентка познакомилась с молодым человеком. В данный момент она проживает с ним гражданском браке. Ее полностью устраивает ее личная жизнь. Она чувствует себя уверенной и спокойной.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмоции играют в жизни человека очень значительную роль. Под ними мы подразумеваем самые разнообразные реакции человека – от бурных взрывов страсти до тонких оттенков настроения. Эмоции проходят общий для всех высших психических функций путь развития – от внешних социально детерминированных форм к внутренним психологическим процессам.

Наиболее мощное проявление эмоций вызывает комплексную физиологическую реакцию – стресс. Стресс комплексный процесс и включает и физиологические и психологические компоненты. Стресс является составной частью жизни каждого человека, но стрессовые воздействия не должны превышать приспособительные возможности человека, ибо в этих случаях могут возникнуть ухудшение самочувствия или даже заболевание.

Физиологические перестройки при стрессовых ситуациях и психологические установки и личностные позиции, а так же генетическая предрасположенность могут существенно влиять на возникновение соматических заболеваний.

Психологи и психиатры установили зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями и установили круг болезней, возникающих вследствие стресса. К наиболее распространенным заболеваниям относят заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринные, аллергические, ревматоидные, и ряд дыхательных.

В результате консультативной психотерапевтической работы с данной клиенткой подтверждается связь между соматическим течением кожной болезни и повышенным фоном тревожности, вызванной нездоровой самооценкой. В данном случае болезнь клиентки выполняла обеспечивала для нее границу между ней и окружающей средой, становясь своеобразным «отпугивающим» фактором.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. И. Г. Малкина-Пых «Справочник практического психолога. Психосоматика»: Эксмо; Москва; 2008.
2. Курт Теппервайн «Психосоматика, отношения и здоровье», 2003
3. Марк Сандомирский. «Психосомтика и телесная психотерапия. Практическое руководство», Москва, Независимая фирма «Класс», 2005
4. И. Г. Малкина-Пых, "Болезни кожи. Освободиться и забыть. Навсегда, 2010г".
5. Парцерняк С. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. - СПб.: А.В.К., 2002. -382с.
6. Урываев Ю., Бабенков Б. Психосоматические расстройства. - М.: Знание, 1981. -64с.
7. Алиев Х.М. Защита от стресса: как сохранить и реализовать себя в современных условиях. - М., 1996.
8. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологическом привычные действия у детей и подростков. -М., НГМА, 2000. - 320с
9. Березин Ф. Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. -Л., 1988.
10. Брязгунов И.П. Между здоровьем и болезнью. -М., 1995. -224с.

Приложение.

Приложение 1.

Бланк опросника Торонтской алекситимической шкалы.

Инструкция: Вам будет предложено некоторое количество вопросов; на вопросы следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не нужно тратить время на обдумывание. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, всегда знаю почему					
2. Мечты — это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					

10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, возникающие в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать в полное точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои					

чувствами по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

### Обработка и интерпретация данных.

Подсчет баллов осуществляется таким образом:

1) ответ «совершенно не согласен» — оценивается в 1 балл, «скорее согласен» — 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

2) отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24.

Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов, 2 — 4, 3 — 3, 4 — 2, 5 — 1);

3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности».

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже.

Оценка результатов:

Ответ «совершенно согласен» оценивается в 1 балл, «совершенно не согласен» — в 5 баллов.

С тем же значением, но с отрицательным знаком, оцениваются следующие вопросы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24.

Оценка уровня алекситимии производится путем суммирования баллов, полученных за ответы на вопросы. Уровень алекситимии у здоровых людей – до 62 баллов, 63–73 балла – зона риска, свыше 74 баллов – наличие алекситимии.

## Приложение 2

Бланк опросника Бека.

Инструкция: Перед вами находится опросник, содержащий тринадцать групп (А – Н) из четырех утверждений (0–3). Прочитывайте, пожалуйста, каждую группу утверждений целиком. Затем выбирайте из каждой группы одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как вы себя чувствуете сегодня, то есть прямо сейчас.

Обведите номер выбранного вами утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся вам одинаково хорошо подходящими, то обведите все их номера. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что вы прочитали все утверждения в каждой группе.

А

0 Мне не грустно

1 Мне грустно или тоскливо

2 Мне все время тоскливо или грустно, но я ничего не могу с собой поделать

3 Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести

Б

0 Я смотрю в будущее без особого пессимизма или разочарования

1 Я чувствую разочарование в будущем

2 Я чувствую, что мне нечего ждать впереди

3 Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может

В

0 Я не чувствую себя неудачником

1 Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей

2 Когда я оглядываюсь на жизнь, я вижу лишь цепь неудач

3 Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родитель, муж, жена)

Г

0 Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности

1 Ничто не радует меня так, как было раньше

2 Ничто больше не дает мне удовлетворения

3 Меня не удовлетворяет все

Д

0 Я не чувствую никакой особенной вины

1 Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным

2 У меня довольно сильное чувство вины

3 Я чувствую себя очень скверным и никчемным

Е

0 Я не испытываю разочарования в себе

1 Я разочарован в себе

2 У меня отвращение к себе

3 Я ненавижу себя

Ж

0 У меня нет никаких мыслей о самоповреждении

1 Я чувствую, что мне было бы лучше умереть

2 У меня есть определенные планы совершения самоубийства

3 Я покончу с собой при первой возможности

З

0 У меня не потерян интерес к другим людям

1 Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми

2 У меня потерян почти весь интерес к другим людям, и почти нет никаких чувств к ним

3 У меня потерян всякий интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят

И

0 Я принимаю решения примерно так же легко, как и всегда

1 Я пытаюсь отсрочить принятие решений

2 Принятие решений дается мне с трудом

3 Я больше совсем не могу принимать решения

## К

0 Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно

1 Меня беспокоит то, что я выгляжу старо и непривлекательно

2 Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным

3 Я чувствую, что выгляжу гадко или отталкивающе

## Л

0 Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше

1 Нужно делать дополнительные усилия, чтобы начать что-то делать

2 Мне нужно с трудом пересилить себя, чтобы что-то сделать

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу

## М

0 Я устаю не больше, чем обычно

1 Я устаю быстрее, чем раньше

2 Я устаю от любого занятия

3 Я устал чем бы то ни было заниматься

## Н

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно

1 Мой аппетит не так хорош, как бывало

2 Мой аппетит теперь гораздо хуже, чем раньше

3 У меня совсем нет аппетита

### Приложение 3

Бланк опросника шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина.

#### Опросник «А»

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть зачеркнута только одна цифра!

#### Опросник «Б»

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть зачеркнута только одна цифра!

		Нет, это як	Пожалуй,	Верно	Совершено о
1	2	3	4	5	6
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4

10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я неврвничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Бланк для ответов

Фамилия \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

		Почти гда	Иногда	Часто	Почти да
1	2	3	4	5	6
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4

26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## Обработка результатов

При ответах на высокотревожные вопросы «1» означает отсутствие либо легкую степень тревожности, а отметка «4» означает высокую тревожность. При обработке результатов балльные оценки в этих вопросах имеют обратную направленность.

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

$T_p = E_{pp} - E_{po} + 50$ , где:

$T_p$  – показатель реактивной тревожности;

$E_{pp}$  – сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

$E_{po}$  – сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

$T_l = E_{lp} - E_{lo} + 35$ , где:

$T_l$  – показатель личностной тревожности;

$E_{lp}$  – сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

$E_{lo}$  – сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Бланк опросника Айзенка

1. Часто ли вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы отвлечься, испытывать сильные ощущения?
2. Часто ли вы чувствуете, что нуждаетесь в друзьях, которые могут вас понять, ободрить или посочувствовать?
3. Считаете ли вы себя беззаботным человеком?
4. Очень ли трудно вам отказываться от своих намерений?
5. Обдумываете ли вы свои дела не спеша и предпочитаете ли подождать, прежде чем действовать?
6. Всегда ли вы сдерживаете свои обещания, даже если это вам невыгодно?
7. Часто ли у вас бывают спады и подъемы настроения?
8. Быстро ли вы обычно действуете и говорите, не тратите ли много времени на обдумывание?
9. Возникало ли у вас когда-нибудь чувство, что вы несчастны, хотя никакой серьезной причины для этого не было?
10. Верно ли, что на спор вы способны решиться на все?
11. Смукаетесь ли вы, когда хотите познакомиться с человеком противоположного пола, который вам симпатичен?
12. Бывает ли когда-нибудь, что, разозлившись, вы выходите из себя?
13. Часто ли бывает, что вы действуете необдуманно, под влиянием момента?
14. Часто ли вас беспокоят мысли о том, что вам не следовало чего-либо делать или говорить?
15. Предпочитаете ли вы чтение книг встречам с людьми?
16. Верно ли, что вас легко задеть?
17. Любите ли вы часто бывать в компании?
18. Бывают ли иногда у вас такие мысли, которыми вам не хотелось бы делиться с другими людьми?

19. Верно ли, что иногда вы настолько полны энергии, что все горит в руках, а иногда чувствуете сильную вялость?
20. Стаетесь ли вы ограничить круг своих знакомых небольшим числом самых близких друзей?
21. Много ли вы мечтаете?
22. Когда на вас кричат, отвечаете ли вы тем же?
23. Часто ли вас беспокоит чувство вины?
24. Часто ли у вас появляется чувство, что вы в чем-то виноваты?
25. Способны ли вы иногда дать волю своим чувствам и беззаботно развлечься с веселой компанией?
26. Можно ли сказать, что нервы у вас часто бывают натянуты до предела?
27. Слываете ли вы за человека живого и веселого?
28. После того как дело сделано, часто ли вы мысленно возвращаетесь к нему и думаете, что могли бы сделать лучше?
29. Чувствуете ли вы себя неспокойно, находясь в большой компании?
30. Бывает ли, что вы передаете слухи?
31. Бывает ли, что вам не спится из-за того, что в голову лезут разные мысли?
32. Что вы предпочитаете, если хотите узнать что-либо: найти в книге (ответ “Да”) или спросить у друзей (ответ “Нет”)?
33. Бывают ли у вас сильные сердцебиения?
34. Нравится ли вам работа, требующая сосредоточения?
35. Бывают ли у вас приступы дрожи?
36. Всегда ли вы говорите только правду?
37. Бывает ли вам неприятно находиться в компании, где все подшучивают друг над другом?
38. Раздражительны ли вы?
39. Нравится ли вам работа, требующая быстрого действия?
40. Верно ли, что вам часто не дают покоя мысли о разных неприятностях и «ужасах», которые могли бы произойти, хотя все кончилось благополучно?

41. Верно ли, что вы неторопливы в движениях и несколько медлительны?
42. Опаздывали ли вы когда-нибудь на работу или на встречу с кем-либо?
43. Часто ли вам снятся кошмары?
44. Верно ли, что вы так любите поговорить, что не упускаете любого удобного случая побеседовать с новым человеком?
45. Беспокоят ли вас какие-нибудь боли?
46. Огорчились бы вы, если бы долго не могли видеться со своими друзьями?

47. Можете ли вы назвать себя нервным человеком?
48. Есть ли среди ваших знакомых такие, которые вам явно не нравятся?
49. Могли бы вы сказать, что вы уверенный в себе человек?
50. Легко ли вас задевает критика ваших недостатков или вашей работы?
51. Трудно ли вам получить настоящее удовольствие от мероприятий, в которых участвует много народа?
52. Беспокоит ли вас чувство, что вы чем-то хуже других?
53. Сумели бы вы внести оживление в скучную компанию?
54. Бывает ли, что вы говорите о вещах, в которых совсем не разбираетесь?
55. Беспокоитесь ли вы о своем здоровье?
56. Любите ли вы подшутить над другими?
57. Страдаете ли вы бессонницей?

#### Инструкция к тесту

«Вам предлагается ответить на 57 вопросов. Вопросы направлены на выявление вашего обычного способа поведения. Постарайтесь представить типичные ситуации и дайте первый «естественный» ответ, который придет вам в голову. Отвечайте быстро и точно. Помните, что нет «хороших» или «плохих» ответов. Если вы согласны с утверждением, поставьте рядом с его номером знак + (да), если нет знак – (нет)».

#### Обработка и интерпретация результатов теста

#### Ключ к тесту

#### Экстраверсия – интроверсия:

- «да» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56;
- «нет» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Нейротизм (эмоциональная стабильность – эмоциональная нестабильность):

«да» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Шкала лжи»:

- «да» (+): 6, 24, 36;
- «нет» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Обработка результатов теста

Ответы, совпадающие с ключом, оцениваются в 1 балл. При анализе результатов следует придерживаться следующих ориентиров.

Экстраверсия:

- больше 19 – яркий экстраверт,
- больше 15 – экстраверт
- 12 – среднее значение,
- меньше 9 – интроверт,
- меньше 5 – глубокий интроверт.

Нейротизм :

- больше 19 – очень высокий уровень нейротизма,
- больше 14 – высокий уровень нейротизма,
- 9 – 13 – среднее значение,
- меньше 7 – низкий уровень нейротизма.

Ложь:

- больше 4 – неискренность в ответах, свидетельствующая также о некоторой демонстративности поведения и ориентированности испытуемого на социальное одобрение,
- меньше 4 – норма.

Интерпретация результатов теста:

Представление результатов по шкалам экстраверсии и нейротизма

Численный показатель	0-2	3-6	7-10	11-14	15-18	19-22	23-24
Интерпретация для шкалы	Сверх конкордант	Конкордант	Потенциальный	Нормосте	Потенциальный	Дискордант	Сверх диск

осуществляется при помощи системы координат. Интерпретация полученных результатов проводится на основе психологических характеристик личности, соответствующих тому или иному квадрату координатной модели с учетом степени выраженности индивидуально-психологических свойств и степени достоверности полученных данных.

Интерпретация показателей по шкалам «Экстраверсия» и «Нейротизм»

Численный показатель	0-2	3-6	7-10	11-14	15-18	19-22	23-24
Интерпретация для шкалы «экстраверсия»	Сверх интроверт	Интроверт	Потенциальный интроверт	Амбиверт	Потенциальный инаверт	Экстраверт	Сверх экстрав

шкалы			конкордант		кор		
«Нейротизм					дант		
»							дант

## Приложение 5

Текст опросника Шмишека.

Инструкция: Вам предлагается ряд вопросов. Возле номера каждого из них поставьте «+», если вы с ним согласны, или «-», если для вас это нехарактерно.

1. Ваше настроение, как правило, бывает ясным, неомраченным?
2. Восприимчивы ли вы к оскорблению, обидам?
3. Легко ли вы плачете?
4. Возникает ли у вас по окончании какой-либо работы сомнения в качестве ее исполнения и прибегаете ли вы к проверке – правильно ли все было сделано?
5. Были ли вы в детстве таким же смелым, как ваши сверстники?
6. Часто ли у вас бывают резкие смены настроения (только что парили в облаках от счастья, и вдруг становится очень грустно)?
7. Бываете ли вы обычно во время веселья в центре внимания?
8. Бывают ли у вас дни, когда вы без особых причин ворчливы и раздражительны и все считают, что вас лучше не трогать?
9. Всегда ли вы отвечаете на письма сразу после прочтения?
10. Вы человек серьезный?
11. Способны ли вы на время так сильно увлечься чем-нибудь, что все остальное перестает быть значимым для вас?
12. Предприимчивы ли вы?
13. Быстро ли вы забываете обиды и оскорблений?
14. Мягкосердечны ли вы?
15. Когда вы бросаете письмо в почтовый ящик, проверяете ли вы, опустилось оно туда или нет?
16. Требует ли ваше честолюбие, чтобы в работе (учебе) вы были одним из первых?
17. Боялись ли вы в детские годы грозы и собак?
18. Смеетесь ли вы иногда над неприличными шутками?

19. Есть ли среди ваших знакомых люди, которые считают вас педантичным?

20. Очень ли зависит ваше настроение от внешних обстоятельств и событий?

21. Любят ли вас ваши знакомые?

22. Часто ли вы находитесь во власти сильных внутренних порывов и побуждений?

23. Ваше настроение обычно несколько подавлено?

24. Случалось ли вам рыдать, переживая тяжелое нервное потрясение?

25. Трудно ли вам долго сидеть на одном месте?

26. Отстаиваете ли вы свои интересы, когда по отношению к вам допускается несправедливость?

27. Хвастаетесь ли вы иногда?

28. Сможете ли вы в случае надобности зарезать домашнее животное или птицу?

29. Раздражает ли вас, если штора или скатерть висит неровно, стараетесь ли вы это поправить?

30. Боялись ли вы в детстве оставаться дома одни?

31. Часто ли портится ваше настроение без видимых причин?

32. Случалось ли вам быть одним из лучших в вашей профессиональной деятельности?

33. Легко ли вы впадаете в гнев?

34. Способны ли вы быть шаловливо-веселым?

35. Бывают ли у вас состояния, когда вы переполнены счастьем?

36. Смогли бы вы играть роль конферансье в веселых представлениях?

37. Лгали ли вы когда-нибудь в своей жизни?

38. Говорите ли вы людям свое мнение о них прямо в глаза?

39. Можете ли вы спокойно смотреть на кровь?

40. Нравится ли вам работа, когда только вы один ответственны за нее?

41. Заступаетесь ли вы за людей, по отношению к которым допущена несправедливость?

42. Беспокоит ли вас необходимость спуститься в темный погреб, войти в пустую темную комнату?

43. Предпочитаете ли вы деятельность, которую нужно выполнять долго и точно, той, которая не требует большой кропотливости и делается быстро?

44. Вы очень общительный человек?

45. Охотно ли вы в школе декламировали стихи?

46. Сбегали ли вы в детстве из дома?

47. Обычно вы без колебаний уступаете место в автобусе престарелым пассажирам?

48. Часто ли вам жизнь кажется тяжелой?

49. Случалось ли вам так расстраиваться из-за какого-нибудь конфликта, что после этого вы чувствовали себя не в состоянии пойти на работу?

50. Можно ли сказать, что при неудаче вы сохраняете чувство юмора?

51. Стаетесь ли вы помириться, если кого-нибудь обидели?

Предпринимаете ли вы первым шаги к примирению?

52. Очень ли вы любите животных?

53. Случалось ли вам, уходя из дома, возвратиться, чтобы проверить: не произошло ли чего-нибудь?

54. Беспокоили ли вас когда-нибудь мысли, что с вами или с вашими родственниками должно что-либо случиться?

55. Существенно ли зависит ваше настроение от погоды?

56. Трудно ли вам выступать перед большой аудиторией?

57. Можете ли вы, рассердившись на кого-либо, пустить в ход руки?

58. Очень ли вы любите веселиться?

59. Вы всегда говорите то, что думаете?

60. Можете ли вы под влиянием разочарования впасть в отчаяние?

61. Привлекает ли вас роль организатора в каком-нибудь деле?

62. Упорствуете ли вы на пути к достижению цели, если встречается какое-либо препятствие?

63. Чувствовали ли вы когда-нибудь удовлетворение при неудачах людей, которые вам неприятны?

64. Может ли трагический фильм взволновать вас так, что у вас на глазах выступят слезы?

65. Часто ли вам мешают уснуть мысли о проблемах прошлого или о будущем дне?

66. Свойственно ли было вам в школьные годы подсказывать или давать списывать товарищам?

67. Смогли бы вы пройти в темноте один через кладбище?

68. Вы, не раздумывая, вернули бы лишние деньги в кассу, если бы обнаружили, что получили их слишком много?

69. Большое ли вы значение придаете тому, что каждая вещь в вашем доме должна находиться на своем месте?

70. Случается ли, что, ложась спать в отличном настроении, следующим утром вы встаете в плохом расположении духа, которое длится несколько часов?

71. Легко ли вы приспосабливаетесь к новой ситуации?

72. Часто ли у вас бывают головокружения?

73. Часто ли вы смеетесь?

74. Сможете ли вы относиться к человеку, о котором вы плохого мнения, так приветливо, что никто не догадывается о вашем действительном отношении к нему?

75. Вы человек живой и подвижный?

76. Сильно ли вы страдаете, когда совершается несправедливость?

77. Вы страстный любитель природы?

78. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли вы, закрыты ли краны, погашен ли везде свет, заперты ли двери?

79. Пугливы ли вы?

80. Может ли принятие алкоголя изменить ваше настроение?

81. Охотно ли вы принимаете участие в кружках художественной самодеятельности?

82. Тянет ли вас иногда уехать далеко от дома?

83. Смотрите ли вы на будущее немного пессимистично?

84. Бывают ли у вас переходы от веселого настроения к тосклившему?

85. Можете ли вы развлекать общество, быть душой компании?

86. Долго ли вы храните чувство гнева, досады?

87. Переживаете ли вы долгое время горести других людей?

88. Всегда ли вы соглашаетесь с замечаниями в свой адрес, правильность которых сознаете?

89. Могли ли вы в школьные годы переписать из-за помарок страницу в тетради?

90. Вы по отношению к людям больше осторожны и недоверчивы, чем доверчивы?

91. Часто ли у вас бывают страшные сновидения?

92. Бывают ли у вас иногда такие навязчивые мысли, что если вы стоите на перроне, то можете против своей воли кинуться под приближающийся поезд или можете кинуться из окна верхнего этажа большого дома?

93. Становитесь ли вы веселее в обществе веселых людей?

94. Вы человек, который не думает о сложных проблемах, а если и занимается ими, то недолго?

95. Совершаете ли вы под влиянием алкоголя внезапные, импульсивные поступки?

96. В беседах вы больше молчите, чем говорите?

97. Могли бы вы, изображая кого-нибудь, так увлечься, чтобы на время забыть, какой вы на самом деле?

#### Обработка результатов

Количество совпадающих с ключом ответов умножается на значение коэффициента соответствующего типа акцентуации. Если полученная величина

превышает 18, то это свидетельствует о выраженности данного типа акцентуации