0,758 в ГОУ и КС 0,752 в НОУ) и Люшера (КС 0,64 в НОУ) с уровнем кортизола у юношей 10-17 лет ($p<0,05$).

Выводы. Нами выявлено множество внутрисистемных корреляционных взаимосвязей у подростков 10-17 лет, не однотипных в зависимости от образовательного учреждения, но с доминированием гормонов щитовидной железы до 17-летнего возраста, как среди девушек, так и среди юношей. Гормональный дисбаланс у мальчиков 10-13 лет сопровождается появлением высокой степени корреляции между половыми гормонами. Особенности обучения могут влиять на показатели некоторых гормонов: обнаружено увеличение уровня пролактина и кортизола у подростков в ГОУ по сравнению с НОУ, что можно рассматривать как неадекватную реакцию организма на стресс.

У девушек выявлена прямая зависимость между кортизолом и массой тела и обратная – между гормонами щитовидной железы и параметрами физического развития. Результаты позволяют думать о значительной роли тиреоидных гормонов в осуществлении внутри – и межсистемных взаимодействий не только в дошкольном возрасте, но в препубертатном периоде и периоде полового развития, что требует клинического обследования и теоретического обоснования роли некоторых гормонов в поддержании гормонального гомеостаза в подростковом возрасте.

Литература

1.*Вихляева Е.М.* Руководство по эндокринной гинекологии.– М.,2002.– 768с.

2.*Сельверова Н.Б., Филлипова Т.А.* // Физиология развития ребенка. Теоретические и прикладные аспекты.– М. 2000, -С. 126.

3.*Статистический анализ* медицинских данных / Под ред. О.Ю. Ребова.– М.: Медиа-сфера.– 2002.

4.*Федоров Т.Н.* // Педиатрия- 2004.– № 4.– С 87–90.

УДК 616.8-085.851

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОСОЗНАВАЕМОЙ АУДИАЛЬНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

А.И. КУЧИНОВ*

Благополучие и здоровье человека зависят от состояния его психической деятельности. Психотерапия и психокоррекция должны быть неотъемлемой частью любого лечебного и оздоровительного процесса. При этом эффективность любого психотерапевтического метода зависит от возможности введения лечебной информации в бессознательную сферу психики, т.е. от степени усвоения (интериоризации) положительного психотерапевтического опыта. Разработан метод аудиальной психокоррекции, (метод «SOMVI»), который является компьютерной психотехнологией, позволяющей вводить лечебную (суггестивную) информацию сразу в подсознание, целенаправленно изменяя как психофизиологическое состояние, так и систему отношений пациента. Название метода «SOMVI» происходит от аббревиатуры английских слов «Sound Overtone Modulation of Voice Information» – компьютерной программы, являющейся модулем программно-аппаратного комплекса аудиальной психокоррекции.

Метод «SOMVI» заключается в создании индивидуально ориентированных аудиальных психокоррекционных программ (АПК-программ). Суть создания АПК-программ заключается в том, что при помощи специальных программно-аппаратных средств предварительно создаваемая для конкретного пациента лечебная информация маскируется в фоновый звук-носитель, например, музыку, и записывается на любой информационный носитель. При прослушивании АПК-программы лечебная информация воспринимается через слуховую систему человека, минуя сознание, т.е. остается не услышанной и, соответственно, нераспознанной на уровне сознания (по принципу «25-го кадра»). Многолетняя апробация метода «SOMVI» на клинических и лечебных базах ММА им. И.М. Сеченова и в др. лечебных учреждениях позволила разработать оптимальный алгоритм применения этого метода, который можно условно разделить на следующие уровни и этапы [1–4].

Психодиагностический блок: общая психодиагностическая беседа с пациентом, сбор анамнеза. (Цель: оценка общего соматического, неврологического, психического, психопатологического и патопсихологического состояния, оценка личностных и характерологических особенностей, выявление психических и соматических предикторов невротического конфликта, расстройства, заболевания), формализованная психодиагностическая беседа с заполнением «Анкеты стандартизованной психосемантической диагностики» (Цель: выявление основных эмоционально значимых событий в жизни пациента (биографических «реперных точек»), определение степени актуальности пережитых событий (оценка и ранжирование) и временной взаимосвязи (хронологической последовательности событий), выявление ключевых семантических элементов, соответствующих эмоционально значимым событиям («индивидуальных семантических маркеров»), определение наиболее положительных и наиболее отрицательных эмоционально значимых событий и соответствующих им ключевых семантических маркеров); аудиозапись (видеозапись) беседы с пациентом и, по возможности, аудиозапись беседы с родственниками, близкими («значимым другим», цель: получение диагностической информации о пациенте для последующего формирования психокоррекционного материал.

Психодиагностика: психометрическая диагностика с использованием тестовых методик MMPI (адаптированный тест ММИЛ Ф.Б. Березина), тест Люшера, тест нейротизма Айзенка и др. в зависимости от характера расстройств (Цель: оценка общепсихологического состояния (уровня тревожности, нейротизма и др.), оценка профиля личности (выявление наличия и степени выраженности психопатологических качеств), выбор тактики лечения, мониторинг состояния); психосемантическая диагностика с использованием компьютерной программы «Объемное психо-картирование (ОПК)» на основании теста Osgood (цель: объективизация интрапсихической (личностной) структуры пациента, выбор семантических элементов, нужных для формирования психокоррекционного материала, оценка эффективности последующей терапии (личностно-реконструктивные изменения) на основании динамики пространственного изменения индивидуального семантического пространства

Аналитический блок. Обработка данных диагностики: компьютерная обработка тестовых методик; обработка психосемантической диагностики по компьютерной программе ОПК: визуализация индивидуального семантического пространства (объемное психокартирование) построение психосемантической дендрограммы; оцифровка и предварительная обработка аудиального материала

Анализ данных диагностики: анализ результатов тестовых методик (количественная и графическая презентация результатов, автоматизированные стандартизованные выводы и заключения по результатам тестирования); психосемантический анализ диагностического материала (оценка системы отношений пациента во взаимосвязи входящих в нее элементов, качественная и количественная оценка интрапсихической (личностной) структуры – индивидуальной системы значений; анализ аудиального материала (интонационный, голосовой, индивидуально-лексический, контентанализ и др.); выявление семантических маркеров, связанных с зоной конфликта и с ресурсной зоной (мотивов поведения, интрапсихических конфликтов, особо значимых эмоциогенных переживаний, аутодеструктивных программ и пр).

Реконструкция индивидуальной системы значений: реконструкция семантического пространства пациента, реконструкция и визуализация значимых образований интрапсихической (личностной) структуры в их взаимосвязи, реконструкция взаимодействий наиболее значимых образований интрапсихической структуры и оценка их деструктивного и конструктивного потенциала в процессе формирования личности и в психокоррекции.

Блок создания аудиальных психокоррекционных программ. Формирование тезауруса ключевой семантики: формирование словаря ключевой (эмоционально значимой) семантики («семантических маркеров» и «семантических драйверов» (семантических элементов, вызывающих определенное психофизиологическое состояние, благодаря «запуску» ассоциативно связанных с ними и условно закрепленных психоэмоциональных процессов); формирование словесно-информационных матриц

Курс психотерапии и клинической психологии ММА им. И.М. Сеченова

(СИМ) ключевой семантики: общепсихологического воздействия, мотивирующего, личностно-реконструктивного; положительного и отрицательного психосемантического обусловливания.

Формирование психокоррекционных репертуаров: сценария, составление психокоррекционных (НСУ) неосознаваемых суггестивных установок: словесно-звуквые образы здоровья (СОЗ), словесно-звуквые образы внушаемых мотивов (СОВМ), словесно-звуковые ассоциативные ряды (САР), анализ и отбор неосознаваемых суггестивных установок (НСУ) в соответствии с планируемыми этапами психокоррекции, заполнение бланка «Паспорт АПК-программы»

Создание психокоррекционных программ: озвучивание неосознаваемых суггестивных установок (НСУ), монтаж звуковых файлов (с применением звуковых редакторов), маскирование неосознаваемых суггестивных установок (НСУ) в фоновый звук (по компьютерной программе «SOMVI-mix»), монтаж звуковых треков и запись на компакт-диск, аудиокассету.

Создание сопроводительной документации: краткое описание метода АПК, инструкция по использованию АПК программы, рекомендации для врача по ведению пациента.

Собственно аудиальная психокоррекция. Аудиальная психокоррекция обычно заключается в 30–40-минутных сеансах прослушивания АПК-программы 1–2 раза в день в течение 10–14 дней в соответствии с прилагаемой инструкцией.

По окончании курса психокоррекции пациенту необходимо пройти повторную диагностику, с целью определения динамики произошедших изменений и решении вопроса о продолжении курса психокоррекции (создании 2-й и последующих аудиальных психокоррекционных программ). По нашим наблюдениям, в зависимости от состояния пациента, давности симптоматики, личностных и характерологических особенностей, в зависимости от многих других факторов, продолжительность всего курса терапии может включать создание от 2 до 5 АПК программ, что по общей длительности лечения составляет от 1 до 2,5 месяцев.

Метод «SOMVI» является немедикаментозным методом, основанным на новейших информационных технологиях. Преимуществами метода «SOMVI» является его экономичность (для проведения сеансов психокоррекции не требуется спецперсонал и помещение), возможность объективизировать субъективные проблемы пациента и динамику их изменений в процессе психокоррекции (по данным диагностики производится объемное психокартирование семантического пространства пациента), высокая эффективность (возможность достаточно быстро по сравнению с другими психотерапевтическими методами и с наименьшими временными потерями для врача и пациента произвести лечебное воздействие).

Метод «SOMVI» можно использовать как монотерапевтический метод, когда ведущими являются именно психологические проблемы, либо как комплементарный метод при лечении любого соматического или психосоматического расстройства, а также в комплексе любых оздоровительных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Литература

1. *Патент* на изобретение № 21262348 от 21.01.2001/ Кучинов А.И., Безносюк Е. В., Нархов А. Р., Юртов О. В. / Способ воздействия на психофизиологическое состояние человека.– Офиц. бюл. рос. аг-ва по патентам и товарным знакам, № 3, Ч II.– 2001.– С. 295–296.

2. *Кучинов А., Юртов О.* // ВНМТ.– 2002.– № 4.– С. 60.

3. *Кучинов А.И., Демченко В.Г.*// Мат-лы научно-практ. конф.«ММА им. И.М. Сеченова и здравоохранение Тульской области – 55 лет сотрудничества».– М. – Тула, 2002.– С. 149–151.

4. *Кучинов А.И., Безносюк Е.В.* Психотерапия пограничных психических и психосоматических расстройств с использованием аудиального и оптического компьютерного модулирования суггестивной информации: Пос. для врачей.– ММА, 1999.

.
.
.
.

УДК 618.1-002: 615.838.7

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

И.К. БОГАТОВА, О.К. СЕМЕНОВА*

Изучено состояние психологического статуса психодиагностическими методиками у 109 женщин с различными формами генитального эндометриоза репродуктивного возраста, в зависимости от степени тяжести заболевания. Установлена зависимость выраженности нарушений психологического статуса у больных эндометриозом от степени тяжести заболевания.

Эндометриоз как гинекологическое заболевание представляет актуальную проблему современной медицины, имеет большое социальное значение. Это заболевание вызывает нарушения репродуктивной функции, наносит физический и моральный ущерб наиболее активной части женского населения, ухудшает качество жизни, может приводить к инвалидизации [4, 5]. Исследования M.M. Perper и др. (1993) показали, что эндометриоз является одной из причин алкоголизма у женщин [11].

В структуре гинекологических заболеваний эндометриоз занимает 3-е место после воспалительных процессов и миомы матки. Частота данного заболевания за последние годы не имеет тенденции к снижению [9]. Эндометриоз обнаруживается более чем у 27,6-50% женщин, страдающих бесплодием [4, 5], у 27% девушек с первичной дисменореей [1].

Для эндометриоза характерно длительное, нередко прогрессирующее течение. Ведущими симптомами заболевания являются боли, нарушения менструальной функции. При эндометриозе длительно существующие клинические проявления заболевания вызывают у больных генерализованные расстройства вегетативной нервной системы в виде психовегетативного синдрома, который проявляется изменениями вегетативного и психологического статуса [2, 3]. Изучение психологического статуса и лечение эндометриоза с коррекцией этих нарушений не определены, что и послужило поводом для нашей работы.

Цель исследования – выявление особенностей психологического статуса женщин с генитальным эндометриозом в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 109 женщин с различными формами генитального эндометриоза в возрасте от 23 до 54 лет. Диагноз эндометриоза подтвержден на основании данных гинекологического осмотра, гистероскопии, УЗИ, лапароскопии, гистологического исследования биопсийного и операционного материала. Контрольную группу составили 34 здоровые женщины того же возрастного диапазона. Для оценки психологического статуса пациенток применялся психодиагностический стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (модифицированный тест MMPI) адаптированный и интерпретированный Л.Н. Собчик [6]. Для изучения уровня ситуационной и личностной тревожности использован метод Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным [9].

Результаты исследования. Женщины контрольной и исследуемой групп не имели достоверных различий по возрастному, профессиональному признаку, социальному и семейному статусу. В процессе обследования внутренний эндометриоз установлен у 81(74,3%) больной, сочетание внутреннего и наружного эндометриоза у – 22(20,2%), наружный эндометриоз диагностирован у 6(5,5%) пациенток. Средний показатель продолжительности заболевания составил 5,7±1,3 года. Большинство больных (69,7%) предъявляли жалобы на хронические тазовые боли, нарушения менструальной функции по типу дисменореи (62,4%), гиперполименореи (49,5%), пред- и постменструальные кровянистые выделения из половых путей (46,8%), диспареунию (21,1%). У исследуемых больных было выявлено значительное преобладание, так называемой, «невротической» симптоматики. Как видно на рис. 1, почти у половины больных имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере. Отметим частоту тревог (31,2%), страхов (32,1%), суточные колебания настроения (46,8%), указывающие на эмоциональную лабильность.

У женщин исследуемой группы было больше, чем в контрольной группе психотравмирующих ситуаций дома (66,9%), на работе (43,1%) и связанных с половой жизнью (34,9%) (рис. 2).

* Ивановская госмедакадемия