**Введение**

В последнее десятилетие отмечено повышение интереса исследователей к изучению тревожно-фобических расстройств (ТФР). Этот интерес определяется наметившейся тенденцией к увеличению распространенности эмоционально-аффективных нарушений тревожного характера среди населения, негативным влиянием тревожно-фобических расстройств на качество жизни и социальную адаптацию, низкой эффективностью существующих методов диагностики и лечения этих состояний.

По данным как российских, так и иностранных ученых, тревожно-фобические расстройства встречаются у 5% взрослого населения, при этом их выраженность существенно варьирует – от генерализованной тревоги до пароксизмальной, что требует разработки более детальных методов диагностики. Такой дифференцированный подход необходим и в аспекте адекватного выбора основных психокоррекционных мероприятий.

**Сравнительная оценка показателей эмоционально-личностной сферы больных тревожно-фобическими расстройствами**

Разграничение тревоги и страха обычно базируется на критерии, введенном К. Ясперсом, в соответствии с которым тревога ощущается вне связи с каким-либо стимулом, а страх – с определенным стимулом, объектом. Согласно К. Изарду в основе феноменологии тревоги лежит переживание страха. Страх, как и любая базовая эмоция, может варьировать в своей интенсивности, соответственно и в сочетании с тревогой он может быть выражен слабо, умеренно или сильно. Переживание страха ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности.

Тревожно-фобические расстройства – группа расстройств, при которых тревога вызывается определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), не являющимися в настоящее время опасными. В результате эти ситуации избегаются (фобическое избегание) или переносятся с чувством страха.

В своем исследовании мы предприняли попытку изучить и сравнить эмоционально-личностную сферу больных паническим расстройством (ПР) и генерализованным тревожным расстройством (ГТР). Мы предполагаем, что показатели эмоциональной и личностной сферы людей, страдающих различными тревожно-фобическими расстройствами, будут отличны друг от друга.

При ГТР основным проявлением является тревога, которая «носит генерализованный, стойкий и бессодержательный характер»; она не ограничивается каким-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах, то есть является «нефиксированной». У таких больных имеется склонность к тревожному реагированию, мнительность, легкость формирования тревожных опасений с одновременным усилением черт личностной тревожности. Тревога возникает при действии психотравмирующей ситуации и присутствует, по крайней мере, несколько недель, а обычно несколько месяцев подряд и сопровождается волнением, внутренним напряжением и вегетативными нарушениями. Пациенты с ГТР, с одной стороны, твердо убеждены, что беспокойство является своего рода эффективным механизмом, которое позволяет им адаптироваться к ситуации, а с другой стороны, расценивают свое беспокойство, как неконтролируемое и опасное.

Согласно определению, предложенному Александровским Ю.А., паническое расстройство – это эпизодическая пароксизмальная тревожность, основным проявлением которого являются приступы паники. Паническая атака – это неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств, сопровождающийся страхом серьезных последствий (инфаркт, остановка сердца, инсульт, сойти с ума, потерять рассудок) (А.Б. Смулевич). Баранов П.А. говорит о том, что манифестация ПР связана с психотравмирующей ситуацией, однако, повторное возникновение ПА зачастую провоцирует постоянная озабоченность по поводу повторения приступов и мыслей о возможных последствиях (утрата контроля над собой, тяжелая органная патология).

В нашем исследовании приняли участие 25 пациентов находившихся на лечение в психосоматическом отделении Курской наркологической больнице. 1-ую экспериментальную группу составили 15 человек с диагнозом паническое расстройство (F 41.0); 2-ую экспериментальную группу – 10 человек с диагнозом генерализованное тревожное расстройство (F 41.1). Средний возраст больных 1-й и 2-й экспериментальных групп – 37 лет.

Эмоционально-личностная сфера больных обеих групп оценивалась с помощью: методики диагностики уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера; методики измерения уровня тревожности Тейлора; восьмицветового теста Люшера в адаптации Л.Н. Собчик, опросника Мини-Мульт.

В исследовании использовался статистический пакет STATISTICA 6.0. сравнение мер центральной тенденции, непараметрический критерий для двух несвязанных выборок U Манна-Уитни, в ходе которого были получены следующие результаты.

При ГТР усредненный личностный профиль Мини-Мульт характеризуется средним уровнем, показатели по шкалам не превышают 68 Т-баллов, указывая на сохранение психической адаптации. В конфигурации профиля преобладали 2-я и 4-я шкалы, что может отражать переживание больным неудовлетворенности жизнью, большую выраженность осознанной тревоги, повышенную сензитивность, склонность к протесту против сложившихся ситуаций ближайшего окружения. Средние показатели уровня личностной и реактивной тревожности составили 52,7 и 47,3 соответственно. Это свидетельствует о преобладании личностной тревожности над ситуативной. Средние показатели отклонений по тесту Люшера – М=16, что соответствует негативному эмоциональному состоянию в данной ситуации.

Усредненный личностный профиль Мини-Мульт при ПР располагается высоко (между 47 и 93 Т-баллами) на шкалах невротической триады (1-я – 64±2,2; 2-я – 66±2,1; 3-я – 66±2,6), на 4-й шкале (74±2,6) и в правой части профиля (7-я – 76±2,8; 8-я – 71±2,6), свидетельствуя о недостаточности физических и психических ресурсов индивида для реализации мотивированного поведения в реальной жизненной ситуации, обуславливая готовность к возникновению тревожных реакций с эмоционально насыщенными фобиями, выраженной сензитивностью и неадекватностью эмоционального реагирования, ведущего к низкой адаптации. Высокие показатели по 7-й и 1-й шкале свидетельствуют о включении в картину тревожного состояния ипохондрического компонента. Сочетание 7-й и 8-й шкалы говорит о внутренней напряженности, тревожности, склонности к бесконечному обдумыванию проблем, неуверенности, снижении общей продуктивности. Показатели реактивной (М=53,09) и личностной тревожности (М=59,2) при ПР на порядок выше по сравнению с таковыми у больных ГТР. Средние показатели отклонений по тесту Люшера – М=17,2, что также свидетельствует о более негативном эмоциональном состоянии на момент исследования.

**Роль психологических факторов в этиопатогенезе панических атак**

Содержание, структура и организация психологического опыта играют очень важную роль в актуалгенезе различных психосоматических расстройств. Развитие реабилитационного направления в современной клинической психологии предъявляет особые требования к изучению личностных особенностей больного и их участия в процессах симптомообразования. Оптимизация лечебно-восстановительных мероприятий должна всегда вестись с учетом психологических особенностей людей страдающих, определенными заболеваниями. Одним из таких заболеваний является паническое расстройство, основным проявлением которого являются повторяющиеся пароксизмы тревоги – панические атаки.

Cегодня можно говорить об интегративном этапе в развитии изучения панических атак. Паническая атака представляет собой необъяснимый, мучительный для больного приступ страха или тревоги, часто ассоциирующееся с чувством неминуемой гибели в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами.

В контексте темы психологических факторов в патогенезе панических атак сегодня изучают различные аспекты, которые будут обозначены далее. Психические воздействия, эмоциональный стресс рассматриваются во взаимодействии с врожденными, генетическими и приобретенными особенностями индивида. Изучается значение периода детства и юности в формировании эмоционально-личностных особенностей и адаптивных механизмов больного, провоцирующих возникновение панических атак. Рассматриваются факторы возраста и гендерных различий при исследовании темы панических атак. Активно изучаются вопросы психогенеза дебюта панического расстройства, факторы, приводящие к развитию вторичных психо-вегетативных и психопатологических синдромов, общее и различное в психогенных факторах больных с разными типами пароксизмальных состояний и т.д.

Говоря о психологических факторах в патогенезе панических атак, нельзя не сказать об основных концепциях, связанных с этой темой. В литературе среди наиболее распространенных концепций панического расстройства принято выделять три основные модели

Когнитивные модели. Согласно когнитивному подходу в основе эмоциональных расстройств лежат ложные представления человека о событиях, а не сами события. Говоря о панических расстройствах, это означает, что больные, страдающие паническими атаками склонны к ошибочной оценке сигналов со стороны внутренних органов и имеют тенденцию катастрофизировать эти сигналы.

Бихевиористские модели. Большинство поведенческих концепций панического расстройства интерпретируют панические атаки, как условную реакцию на ощущения со стороны внутренних органов.

Психодинамические модели. В рамках данного направления изучаются два аспекта:

Значение периода детства в отношении стрессоустойчивости в последующей жизни:

2. Роль детско-родительских отношений в формировании когнитивного стиля – основной структуры эмоциональных и поведенческих реакций в отношениях личности с окружением.

Важно отметить, что сегодня активно развивается психотерапевтическое лечение, по многим показателям превосходящее фармакологическое по непосредственным и отдаленным результатам. Данный факт подчеркивает значение психогенных факторов в патогенезе панических атак.

Также известно, что хронизации панического расстройства способствуют неадекватные и несвоевременные лечебные мероприятия. Известно что, около 50% пациентов, страдающих паническими атаками получают неадекватную и менее 30% – адекватную терапию, что часто происходит из-за «недоучета» различных психогенных факторов в патогенез панических атак, в том числе психологической преморбидной личностной структуры больных.

Таким образом, все выше сказанное говорит о том, что изучение психологических особенностей, личностной структуры больных, страдающих паническими атаками будет являться очень важным аспектом исследования механизмов симтообразования панических атак, что тем самым будет способствовать оптимизации адекватных психотерапевтических мероприятий относительно данного заболевания.

В рамках отечественного подхода к психосоматической проблеме (в рамках психологии телесности), разрабатывается тема изучения роли эмоционально и телесного опыта человека, формирующихся в ходе онтогенеза человека, в становлении тревожности как патологической черты личности. Исходя из этого, в ближайшем будущем планируется проведение исследования, которое будет направлено на изучение эмоционального и телесного опыта больных, страдающих паническими атаками, а также особенностей их личностной структуры (личностных особенностей как предиспозиционных факторов в развитии панических атак). Также отметим, что на определенном этапе многие исследователи стали отмечать некоторые отклонения в структуре панических атак. Например, могло наблюдаться отсутствие эмоционально-аффективных проявлений, атипичность данных проявлений, а также можно было наблюдать некоторые дополнительные симптомы в приступах. В связи с этим представляется важным посмотреть, насколько особенности личностной структуры соотносятся с типичностью (или атипичностью панических атак). Таким образом, исследование, обозначенное выше планируется проводить, изучая больных страдающих паническими атаками, структура которых имеет существенные различия. Новизна данного исследования заключается в том, что планируется

Интегративный подход к изучению личностных особенностей больных, страдающих паническими атаками, влияющих на процесс симптомогенеза

Разработка целостного методического комплекса для изучения данных личностных особенностей – особенностей когнитивной эмоциональной и телесной сферы больного, чему предшествует подробное изучение и анализ множества литературных источников по данному вопросу.

**Особенности самосознания и самовосприятия медицинских сестер с синдромом эмоционального выгорания**

Актуальность темы исследования эмоционального выгорания (ЭВ) у средних медработников связана с несколькими аспектами:

1) медсестра общается с пациентами больше остальных медработников, именно от нее в большей степени зависит создание т.н. «терапевтической среды»;

2) с проблемой сохранения психического и физического здоровья медсестер – в связи с этим необходимо учесть влияние на психику специфических особенностей их деятельности;

3) с задачами психологической коррекции и реабилитации среднего медицинского персонала. Основная часть исследований феномена ЭВ в медицине посвящена профессиональному стрессу в условиях врачебной деятельности, а специфика трудовой деятельности медсестры практически не отражена.

Нами не обнаружено публикаций, посвященных проблеме психокоррекции ЭВ у средних медработников. Специфические особенности трудовой деятельности, вызывающие стрессовое напряжение и приводящие к социаль-ной дезадаптации медсестер, таковы: постоянная необходимость поддерживать внешний и внутренний контроль; минимум прав при высокой ответственности, отсутствие творческого поиска (все медицинские назначения делает врач, а медсестра должна выполнять, даже если сознает их ошибочность); психологически трудный контингент (тяжелые, умирающие больные), с которым постоянно приходится общаться; неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности. Последняя определяется: конфликтностью в системах «руководитель-подчиненный» и «коллега-коллега», перегрузкой и посменным графиком работы.

Новизна исследования заключается в том, что впервые исследуются изменения соматогнозиса при ЭВ и предлагается авторская программа коррекции симптомов эмоционального выгорания у медицинских сестер.

Согласно концепции В. Райха, психологические проблемы личности вызывают специфические телесные «блоки» и перцептивные искажения. Чем острее психологические проблемы личности, тем искажения более выражены.

На первом этапе исследования были обследованы 32 медицинские сестры городской больницы №9 г. Москвы, чей стаж работы превышал 5 лет. Возраст испытуемых – от 25 до 37 лет, среднее специальное образование, все – женщины. Испытуемые работают в трех различных отделениях, все с режимом работы «сутки через три выходных». При этом использовались следующие методики: САН, опросник «отношение к деятельности» В. Каппони и Т. Новак, методики диагностики социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда и диагностики уровня ЭВ В.В. Бойко, измерения уровня тревожности Тейлора (вариант В. Норакидзе), методика «замеры Фельденкрайза», позволяющая выявить когнитивные искажения при самовосприятии.

По данным методики В.В. Бойко, у 29 испытуемых из 32 (90, 6%) сложились или складываются фазы ЭВ. Нами впервые выявлено: одним из главных последствий профессионального дистресса у медицинских сестер является специфическое искажение восприятия размеров таких частей тела, как рука и голова (достоверное увеличение), что может трактоваться с психоаналитических позиций, как стремление отодвинуть контакт с внешним миром и самоутвердиться за счет пациентов;

– одной из главных детерминант СЭВ является постоянный эмоциональный дискомфорт. Настроение ниже среднего, по данным самооценки – у 87,6% выборки,

– у 47% обследованных объективно высокий уровень тревоги (тест Тейлора), 34,4% имеют тенденцию к высокому уровню тревоги,

– тест Бойко дает сложившийся симптом «тревоги и депрессии» у 59,4% испытуемых,

– повышенное стремление доминировать, выраженное у 34,4% испытуемых, может быть одной из причин эмоционального дискомфорта (т. к. не соответствует характеру деятельности медицинской сестры, предполагающем точное выполнение врачебных предписаний).

Выявлены наиболее значимые факторы, снижающие фрустрационную толерантность, и являющиеся «мишенями» психокоррекции. Таковыми являются: тревога, эмоциональное напряжение и депрессия. Другой важной целью психокоррекции стало расширение и повышение реалистичности чувственного осознавания. На основании результатов первого этапа исследования разработаны рекомендации по предупреждению эмоционального выгорания работников и программа их реабилитации. Затем в течение 2,5 месяцев нами проводилась психокоррекция синдрома ЭВ у 11 медицинских сестер – как в группе, так и индивидуально, что было связано с рядом организационных трудностей (сменный характер работы членов группы, поиск помещения для работы и т.д.). Для доказательства достоверности изменений при повторном обследовании использовался Т-критерий Вилкоксона.

Результаты повторного тестирования по всем методикам подтверждают эффективность психокоррекционной программы: достоверно снижаются в экспериментальной группе показатели уровня тревоги по методике Тейлора – число медсестер с высоким и очень высоким уровнем тревоги снижается с 45,5% до 27,2% контрольной группе их число возрастает с 61,1% до 77,8%); количество женщин, у которых не сложилось ни одной фазы СЭВ, после коррекции возрастает с 2 до 4, а в контрольной группе соответственно снижается с 7 до 3 чел., что еще раз подтверждает правомерность использования нашей программы именно для реабилитации специалистов в ситуации длительного профессионального дистресса, так как показывает, что в отсутствие психокоррекции симптомы ЭВ утяжеляются.

**Заключение**

Таким образом, состояние эмоциональной сферы больных ПР характеризуется чрезмерной тревогой, выраженной сензитивностью, неадекватным эмоциональным реагированием, тенденцией к формированию стойких фобических реакций, постоянной озабоченностью и волнением. Это в свою очередь, способствует нарушению психической и социальной адаптации. Приведенные данные могут быть использованы при разработке дифференциально-диагностических и прогностических критериев новых подходов к проведению коррекционно-профилактических мероприятий для больных с различными тревожно-фобическими расстройствами.

**Список литературы**

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М..Воробьева О.В, Данилов А.Б./.Панически**е** атаки: Неврологические и психофизиологические аспекты: Руководство для врачей М.: Эйдос Медиа, 2009.
2. Клиническое руководство по психическим расстройствам: Перевод с английского/ под ред. Барлоу Д.Х., М. Питер, 2008.
3. Almeida Y.A, Nardi A.E. Psychological features in panic disorder: a comparison with major depression./Arq Neuropsiquiatr 2007.
4. Aronson T.A. Bouque C.I., Phenomenology of panic attacs: Descripive studies of panic disorders Patient self-repots Clin. Psichiatry. 2008.
5. Clark D.M. A cognitive approach to panic. Behaviour Research and therapy 2008.
6. Абрамова Г.С., Юдчиц. Психология в медицине. М., Медицина. 2008.
7. Беребин М.А. Факторы риска психической дезадаптации и ее распространенность у медицинского персонала. /Автореф. канд. дисс. СПб, 2006.
8. Бершадская М.Б. Влияние СХУ и СЭВ на мотивацию медицинского персонала./ Матер. межвуз. научно-практ. конф. «Психология здоровья – семейный аспект». М., изд. УРАО, 2007.
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / под ред. Д.Я. Райгородского. Самара, «Бахрах», 2008.