

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА УРОВЕНЬ АУТОКОМПЕТЕНЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Синбухова Елена Васильевна, магистрант кафедры акмеологии и психологии профессиональной деятельности Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации; e-mail: ESinbukhova@nsi.ru

Степнова Людмила Анатольевна, доктор психологических наук, профессор кафедры акмеологии и психологии профессиональной деятельности РАНХиГС при Президенте РФ; e-mail: la.stepnova@migsu.ru

Коновалов Николай Александрович, нейрохирург, доктор медицинских наук, заведующий 10-м нейрохирургическим отделением НИИ нейрохирургии Н.Н. Бурденко (спинальная нейрохирургия и хирургия периферических нервов), заместитель председателя правления ассоциации вертебрологов.

Зайцев Олег Семёнович, психиатр, доктор медицинских наук, руководитель группы психиатрических исследований НИИ нейрохирургии Н.Н. Бурденко.

Дзюбанова Наталья Анатольевна, невролог, кандидат медицинских наук, НИИ нейрохирургии Н.Н. Бурденко.

АННОТАЦИЯ

Проведено исследование уровней аутокомпетенции (АК) при хроническом болевом синдроме (ХБС). Исследовано 30 пациентов спинального отделения нейрохирургической клиники в до- и послеоперационном периоде.

Повышение уровня АК в качестве способности к осознанию, рефлексии, правильное осознание пациентом самого себя, своих чувств, эмоций, мыслей, поступков, получения, переработки, усвоения информации о себе, её оптимальное использование в качестве внутреннего опыта — всё это способствует скорейшему восстановлению пациента и возвращению его к здоровой жизни. Мы можем проследить зависимость реабилитации пациентов с ХБС от эффективного самопознания, адекватного самовосприятия, самопонимания и самоотношения.

Ключевые слова: аутокомпетенция, арт-диагностика, тревожность, депрессия, хронический болевой синдром.

Аутопсихологическая зрелость личности предполагает глубокое знание самого себя, контроль над всеми субличными, саморазвитие и самоконтроль, самореализацию, умение признавать свои ошибки, самосовершенствование, правильные смысложизненные ориентиры, адекватную самооценку, самоприятие и самоуважение.

Аутокомпетенция развивается благодаря использованию следующих каналов получения информации о себе [11]:

а) рефлексивный канал — сохранность у пациентов механизмов интроспекции — осознания своих мыслей, чувств, поступков. Рефлексивное осознание происходит путём выхода в метапозицию по отношению к себе, достижению диссоциированного состояния, позволяющего пациенту взглянуть на себя со стороны;

б) эмоционально-интуитивный канал — понимание себя с помощью анализа своих эмоций;

в) коммуникативный канал — понимание себя с помощью информации, полученной о себе от других людей, в том числе от родственников, врачей, медицинского персонала;
г) объективный канал — информация о себе, полученная с помощью психологического тестирования.

В целом, развитая аутокомпетенция — это умение личности на основе знания о себе использовать и развивать свои психические ресурсы, приобретать навыки целепрограммирования, саморегуляции, самомотивирования.

Хроническая боль истощает эмоциональные ресурсы человека, приводя к различным вторичным психологическим нарушениям. «Порочный» круг боли является фактором, вызывающим нарушение аутокомпетенции пациентов. Пациент, попадая в такой «круг», уже не может самостоятельно без помощи врача и психолога найти выход (рис 1).



Рис. 1. Порочный круг боли

Хронический болевой синдром — это не только соматические факторы, собственно вызывающие саму боль, но и психологические, социальные факторы, непосредственное ощущение пациентом своей картины болезни, его самоощущение и самонаблюдение, своё собственное представление о болезни. Боль — это результат взаимодействия не только биологических, но и психологических и социокультурных факторов.

Р. Мелзак [16] не рассматривал боль без учёта её мотивационно-аффективных свойств. Взаимодействие этих факторов оказывает влияние на состояние аутокомпетенции пациента.

Следует учитывать, что, находясь в условиях стационара, пациент оторван от привычных условий жизни. Поэтому ХБС зачастую сопровождается депрессией, тревогой, нарушением сна, пищевого поведения, раздражительностью, иногда переходящей в агрессию, влияет на оценку и самовосприятие, деформирует биологические системы: гормональную, иммунную, сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, что не может не привести в итоге к понижению уровня АК. Пациент с ХБС избегает определённых видов деятельности, которые, по его мнению, могут привести к усилению боли, ограничивает социальные контакты, часто в связи с длительным пребыванием на больничном листе — испытывает трудности и переживания относительно своей дальнейшей трудовой деятельности, что приводит к фиксации на своём болезненном состоянии, постоянному поиску болевых ощущений в себе и ожиданий возможности усиления боли и понижает уровень АК. Пониженная аутокомпетенция вместе с депрессией, тревогой, страхами ведёт к усилению болевого синдрома, поэтому таким пациентам необходима психологическая помощь, которая должна включать в себя и коррекцию аутокомпетенции. Эффективное самопознание, адекватное самовосприятие, самопонимание и самоотношение пациента будут способствовать его контролю над всеми своими субличностями (различными точ-

ками активности и проявлениями своего «Я»). Это будет способствовать мобилизации собственных ресурсов организма, эмоциональной устойчивости, личностному росту и самосовершенствованию, открытости в социальной жизни, и социальном взаимодействии, приведёт к скорейшему восстановлению пациента и возвращению его к здоровой жизни, со снятием ограничений, что накладывал на него ХБС и нарушение АК.

Для психотерапевтической коррекции необходимо в первую очередь правильно протестировать пациента, определить уровень его АК, что в дальнейшем поможет психологу сформировать правильную картину болезни, изменить установки пациента на его заболевание, будет способствовать адекватной рефлексии и обратной связи, понятию и принятию себя целиком как личности. Пациент зачастую не осознаёт, не умеет правильно выразить словами, либо желает скрыть своё психологическое состояние. Занятия с психологом арт-диагностикой или арт-терапией помогут ему разобраться в настроении, переживаниях, страхах, депрессии, своём общем психологическом настрое. В рисунке пациент сможет лучше выразить самого себя, а затем, проанализировав рисунок вместе с психологом, понять и принять себя, освободиться от внутренних конфликтов, и возможных переживаний. Рисунок отразит не только психологическое состояние пациента, но и его отношение с внешним миром, способность осознания, рефлексии, что в свою очередь будет способствовать выбору правильной тактики лечения и скорейшему выздоровлению.

В исследовании применялись: авторский тест на уровни АК, метод арт-диагностики, HADS, тест Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, оценка боли по шкале pain detect, субъективная оценка пациентами своего эмоционального состояния.

Во время занятия с психологом пациентам предлагалось выполнить серию рисунков на заданные темы, такие как: «Боль», «Страх», «Автопортрет», «Мечта».

Арт-терапия применяется для получения эффекта в нескольких направлениях:

- с целью смягчения боли, оказания успокаивающего или тонизирующего воздействия;

- в качестве средства трудовой терапии;

- рисунок эмоционален сам по себе, так как он отражает сложные ритмы индивида: возбуждение, депрессия, радость и страдание, бодрость и заторможенность, сила и слабость. Стимулирующее воздействие, которое рисунок оказывает на бессознательное, может принести много пользы в терапии пациентов, здесь присутствует целительное воздействие психоаналитического характера;

- поможет устранению «сопротивления и вытеснения» при работе с бессознательным, переведёт в сознание различные в том числе негативные эмоции, что поможет психологу при работе (лечении) такого пациента;

- арт- терапия даёт возможность суммировать эмоциональную энергию, преобразовать её и направить на коррекцию психологического состояния и АК, а также на расширение и самообогащение внутренней личности человека.

Наибольшую информативность с точки зрения определения уровня АК пациентов имела рисуночная методика «Автопортрет», но при этом все темы рисунков были признаны информативными. Сопоставляя тест HADS на депрессию с арт-тестированием (проективными рисунками на заданные темы), можно сделать вывод об их совпадении, что позволяет говорить о целесообразности применения методик арт-тестирования для определения депрессии у пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Результаты тестирования (методика HADS) с арт-тестированием (N = 30 чел.)

Период	HADS			Арт- диагностика	
	Норма ≤ 7	Субклинич. депрессия 8–10	Депрессия 11≥	Норма	Депрессия
До операции	2 чел.	8 чел.	20 чел.	2 чел.	28 чел.
После операции	3 чел.	12 чел.	15 чел.	3 чел.	27 чел.

Арт-терапия — один из методов воздействия на когнитивное, соматическое состояние пациента. Преимуществом этой методики является быстрота. Не утомляя больного, с интересом вовлекая его в процесс, можно получить результаты обследования психологического состояния пациента и наметить пути психологических тренировок, основанных на арт-терапии.

Использование арт-диагностики возможно практически с любыми пациентами, в том числе с теми, у кого умеренные когнитивные расстройства вербальных процессов. Целесообразно применение арт-диагностики при ХБС, поскольку в связи с болью пациенты зачастую не могут долго удерживать внимание в процессе заполнения анкетных тестов.

В исследовании использовался авторский тест на АК, включающий в себя четыре серии вопросов, разделённые по каналам получения информации о себе в соответствии с выявленными Н.В. Афанасьевой и Л.А. Степновой каналами поступления информации [1]: «Рефлексия», «Обратная связь», «Эмоциональный канал», «Объективный канал» (информация по психологическим тестам). Каждый пункт опросника содержал девять вопросов, ответы на которые соответствовали следующим баллам: высокий уровень АК — 144–112 баллов; средний — 111–76; низкий — 75–36 баллов.

Всего было изучено 30 пациентов с ХБС в отделении спинальной нейрохирургии НИИ Н.Н. Бурденко. Возраст от 21 до 77 лет. Образование: средняя школа либо несколько классов школы, среднеспециальное, высшее.

Иллюстрацией проведённых исследований может служить следующий пример:

Пациент П. Возраст 50. Женат. Детей не имеет. Образование 10 классов. Тракторист и электромонтажник-кабельщик. В связи с совершением правонарушения последние 5 лет сидел в тюрьме.

Первичный осмотр:

Жалобы на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности обеих ног, с их онемением, слабость в ногах, нарастающая при ходьбе, ступни в икрах. Ходит с опорой на палочку. СОП-повторные черепно-мозговые травмы, злоупотребление alc — в дальнейшем периодические головные боли, головокружение с покачиванием при ходьбе, временами диплопия, снижение слуха на оба уха. Сон нарушен. Нервозность. Боли в крупных суставах конечностей.

Анамнез болезни. С 2005 года боли в поясничном отделе позвоночника. В 2011 году оперирован на поясничном отделе по поводу грыжи межпозвонковых дисков с хорошим эффектом. Но в дальнейшем отмечает ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанных жалоб.

Диагноз. Стеноз позвоночного канала на уровне L3 — L5 с парезом нижних конечностей до 3–3,5 балла.

Сопутствующий диагноз. Посттравматическая энцефалопатия. Остеохондроз. Полиартроз.

Боль оценивает в 5 баллов из 10.

Психологический статус: сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Темп мышления средний. Объём внимания полный, внимание устойчивое, концентрация внимания стабильная. Оценка тревоги: Спилбергер: СТ = 41, ЛТ = 49. ($N \leq 30$). Hads: Т = 8, Д = 9. ($N \leq 7$). Умеренная тревожность, субклинически выраженная депрессия.

Интерпретация теста М. Люшера: хочет упрочить своё положение и производить благоприятное впечатление несмотря на неблагоприятные обстоятельства. Испытывает потребность в сердечной связи. Стресс. Считает, что его недооценивают. Желает восхищения со стороны окружающих. Неуверенность в своих силах. Ощущение бессилия в сочетании с разочарованностью тем, что он не может управлять ходом событий. Чувствителен к критике.

В ходе исследования пациенту было предложено выполнить несколько заданий по арт-тестированию:

Рисунок «Страх» выполнен в примитивном стиле в виде маски с горящими глазами, олицетворяющей одновременно оцепенение от страха и невозможности сказать — рот на «замке», надежда на защиту и спасение (рис.2.).



Рис. 2. Изображение «Страха»

«Автопортрет» (рис. 3.) выполнен на листе, расположенном вертикально в верхней части листа, занимая 1/3 от его размера. Изображение только головы, отсутствие туловища в рисунке. Акцентирование на волосах. Волосы сильно заштрихованы. Цвета тёмно-зелёный, серый.

Такое изображение характерно для лиц с чувством незащищённости, потребности в одобрении, поддержке. Тревожность, стресс. Слабость в самоутверждении, неуверенность. Чувствительность к критике. Выявляется средний уровень АК.

Заключение: умеренная тревожность и субклинически выраженная депрессия на фоне подготовки к операции. Снижение уровня аутокомпетенции (см. табл. 2).

Таблица 2

Результаты тест-опросника на уровень АК пациента П (баллы)

Компоненты	АК до операции	АК после операции
Рефлексия	23	25
Осознание	20	25
Обратная связь	20	20
Эмоциональный канал	21	22
Итого	84	92

Повторный осмотр (на шестой день после операции).

Жалобы: на незначительную болезненность в области послеоперационного рубца и при движении в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, оценивает в 2 балла из 10.

Проведена операция декомпрессивная ламинэктомия на уровне L3-L4, L4-L5 позвонков, межтеловая стабилизация сегмента L3-L4, L4-L5 кейджами «Capstone», транспедикулярная стабилизация на уровне L3-L4, L4-L5 системой «Legacy» под контролем навигационной системы «Medtronic».

Пациент отмечает, что после проведённой операции стал лучше ходить и теперь не использует палочку.

Психологический статус: сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Темп мышления средний. Объём внимания полный, внимание устойчивое, концентрация внимания стабильная. Оценка тревоги: Спилбергер: СТ=32, ЛТ=35. Hads: Т=7, Д=6. (отсутствие значительной тревоги и депрессии). Благодушно приподнятое настроение, многоречив, мимика и жестикуляции усилены. С удовольствием общается с психологом,

демонстрирует, насколько лучше он теперь ходит. Много улыбается и рассказывает о планах на будущее — найти работу.

Интерпретация теста М. Люшера: хочет упрочить своё положение и производить благоприятное впечатление несмотря на неблагоприятные обстоятельства. Испытывает потребность в сердечной связи, желает, чтобы его лучше ценили, хочет восхищения и поддержки. Чувствителен к критике.

Значительные изменения в рисунке «Автопортрет» (рис. 4). Пациент по-прежнему изображает только голову на вертикально расположенном листе, теперь она занимает $\frac{1}{2}$ его размера. Рисунок выполнен в верхней части листа, в центре. Сохраняется умеренная степень тревожности и чувство незащищённости. Вместе с тем эмоциональный подъём, хорошее расположение духа. Повышение уровня аутокомпетенции.

Разберём рисунки детально: несмотря на некоторое сходство в размере и расположении автопортретов, выявляется ряд значимых отличий в послеоперационном рисунке:

- появление ярких насыщенных цветов в автопортрете, рисунок из чёрно-белого превращается в цветной. Прозрительно голубой цвет глаз, что свидетельствует о приливе жизненных сил, здоровье. Об этом же говорит и наличие ярко-красных вкраплений в усах.
- сам рисунок теперь занимает большую площадь листа, появляется большая детализация.



Рис. 3. Автопортрет до операции



Рис. 4. Автопортрет после операции

- меняется выражение лица, на втором рисунке мы можем видеть улыбку.

Заключение: уменьшение степени тревожности с выравниванием и повышением фона настроения после проведённой операции на фоне осознания пациентом её успешности. Уровень АК повысился на 8 баллов (см. табл. 2.).

Следует отметить что при сравнении результатов опросника с арт-тестированием на АК отмечается полное совпадение, что упрощает диагностику (табл. 3).

Таблица 3

Уровень АК пациентов по проективным рисункам и тесту АК (N = 30 чел.)

Уровень АК	До операции			После операции		
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
По проективным рисункам	–	30 чел.	–	–	23 чел.	7 чел.
По тесту на уровень АК	–	30 чел.	–	–	23 чел.	7 чел.

Большинство пациентов были вторично тестированы на 5–6 день после проведённой операции и находились в раннем послеоперационном периоде. Следует понимать поэтапную реабилитацию пациентов, как с физической, так и психологической стороны. Именно личность определяет реакцию человека на боль, его болевое поведение. Существует взаимосвязь между хронической болью и депрессией: хроническая боль часто сопровождается депрессией, а депрессия может привести к появлению хронического болевого синдрома, и здесь для снижения тревожности и депрессии необходимо формирование адекватного АК пациента. Формирование тревожности у человека связано с двумя важными факторами: низкая самооценка и расхождение между самооценкой и субъективно воспринимаемой оценкой других. Поэтому адекватная оценка своих возможностей, стремление к самопознанию, саморегуляции, рефлексии, наличие внутреннего локус-контроля и будут способствовать возрастанию уровня АК.

В исследовании выявлены психологические факторы и условия, вызывающие нарушение аутокомпетенции пациентов нейрохирургической клиники с ХБС:

- двигательные и социальные ограничения (включая проблемы и непонимание в семье в связи с длительным заболеванием, отсутствие либо страх потери имеющейся работы, нарушение взаимоотношений и контактов с друзьями, коллегами, закрытость от окружающего мира и т.д.);

- патологическая внутренняя картина болезни;

- психологические проявления заболевания: депрессия, тревога, страхи, ипохондрические состояния, эмоциональная лабильность (неумение контролировать свои эмоции), раздражительность, конфликтность, иногда агрессивность к себе или окружающим, безразличие ко всему, кроме болезни, нарушение сна и пищевого поведения, неуверенность в себе, отсутствие знания приёмов, помогающих поднять настроение. Все изученные пациенты предъявляли жалобы на то, что сложно отвлечься от постоянных мыслей о боли и от непосредственного ожидания операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХБС (N = 30 ЧЕЛ.)

В дооперационном периоде уровень АК по опроснику в среднем по группе $97,4 \pm 2,9$. После операции уровень АК в среднем повысился до $103 \pm 2,8$. У 23% пациентов уровень АК после операции повысился до высокого (диаграмма 1).

После операции 83% пациентов отмечают боль только в области послеоперационной раны, оценивая её в 2 балла из 10. До операции степень боли в баллах по шкале Pain Detect — $8,4 \pm 0,6$, после операции — $2,4 \pm 0,5$ ($p \leq 0,001$) (диаграмма 2).

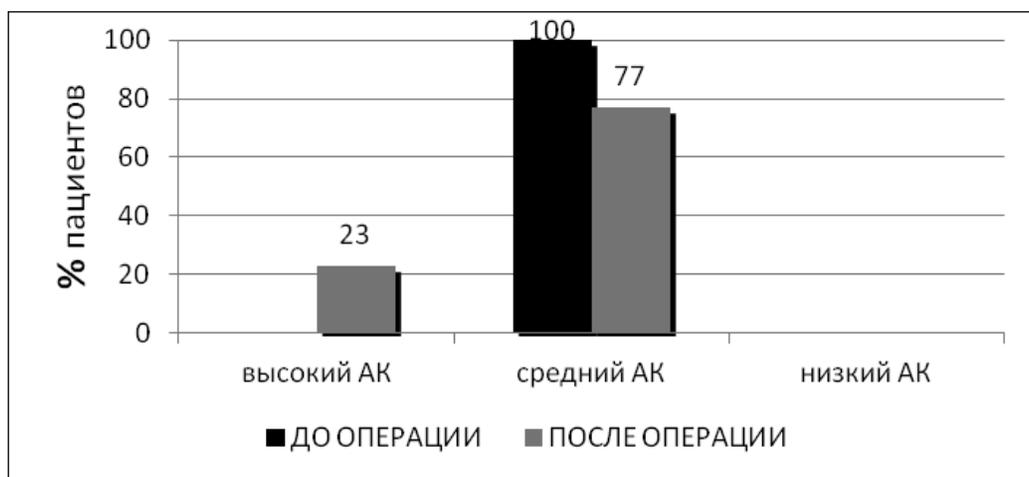


Диаграмма 1. Доля пациентов с результатами уровня АК до и после операции (результаты даны в процентах). Высокий уровень АК: 144–112 баллов; средний — 111–76; низкий — 75–36 баллов



Диаграмма 2. Распределение пациентов в соответствии с оценкой боли по шкале Pain Detect

Доля пациентов с выраженной депрессией после операции сократилась у 17% (диаграмма 3)

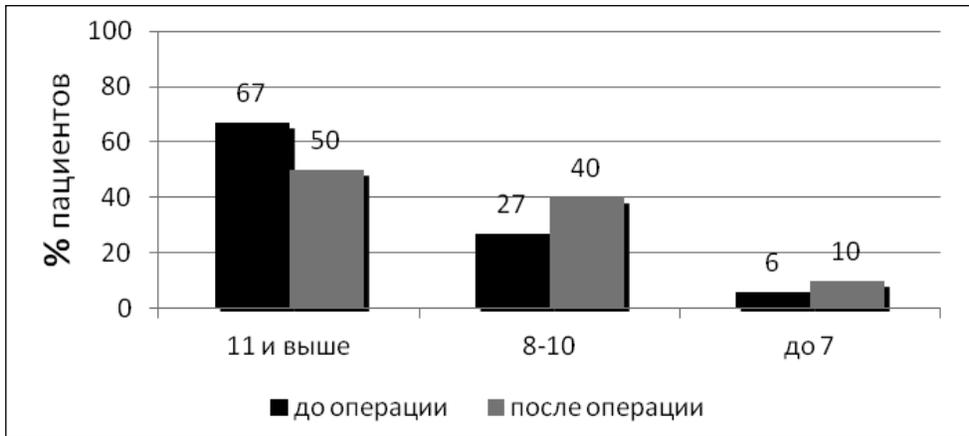


Диаграмма 3. Доля пациентов с выраженной депрессией по шкале HADS (≤7 норма, 8–10 субклинически выраженная депрессия, ≥11 клиническая депрессия)

После операции у 23% пациентов снизилась высокая тревожность (диаграмма 4).

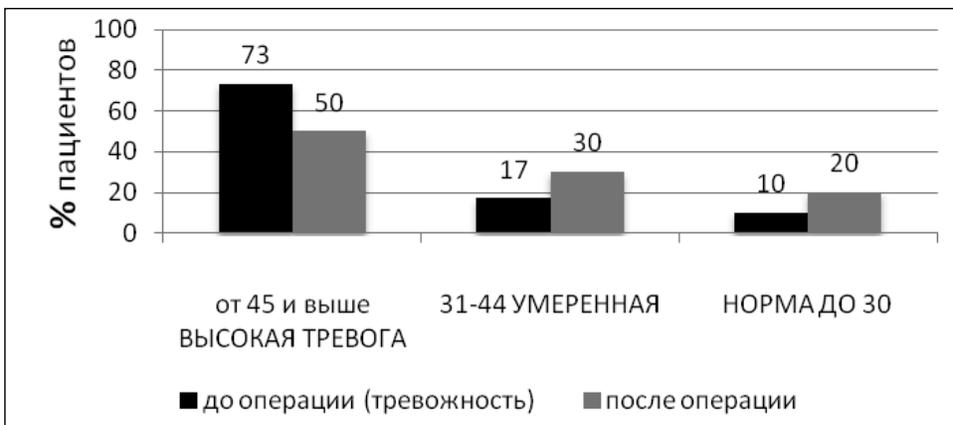


Диаграмма 4. Распределение пациентов по уровню ситуативной тревожности. Шкала Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина

До оперативного лечения 90% пациентов оценивали своё эмоциональное состояние как плохое и очень плохое. На 5–6 день после операции 67% пациентов определили своё эмоциональное состояние как нормальное, а 10% отметили хорошее эмоциональное состояние (диаграмма 5).

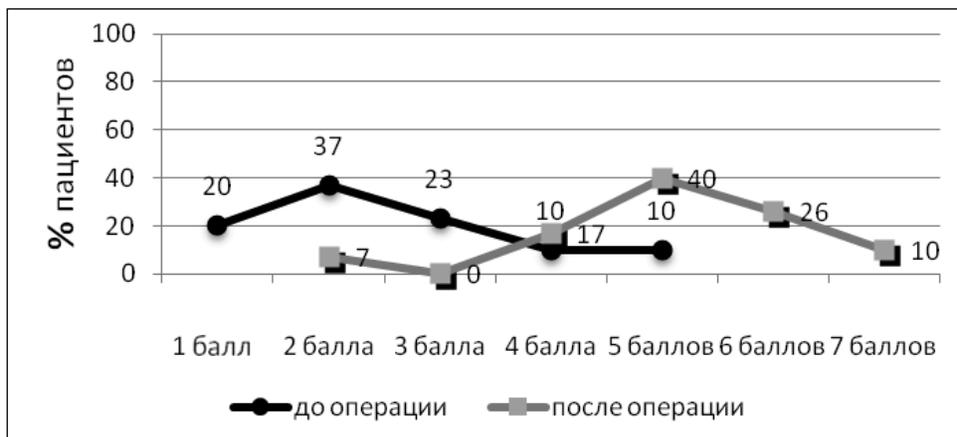


Диаграмма 5. Доля пациентов с результатами субъективной оценки эмоционального состояния (по 10-балльной шкале, где 10 — весёлое, радостное настроение, 9–7 — хорошее, 6–5 — нормальное, 4–3 — плохое, 2–1 — очень плохое)

В ходе исследования удалось выявить факторы, способствующие низкому и высокому уровням АК (табл. 4).

Таблица 4

Факторы, способствующие низкому и высокому уровням АК при хроническом болевом синдроме

Факторы, вызывающие низкий уровень АК	Факторы, способствующие высокому уровню развития АК
<p>Неадекватная внутренняя картина болезни</p> <p>Неумение или отсутствие желания с помощью тестовых методик и проективных рисунков заглянуть в бессознательное</p> <p>Комплексы, психологические барьеры</p> <p>Отсутствие цели в жизни</p> <p>Отсутствие знаний о методах самопознания</p> <p>Органические заболевания головного мозга</p> <p>Соматические заболевания</p> <p>Низкий уровень интеллекта, низкий уровень образования</p> <p>Низкая интеллектуальная нагрузка в течение жизни</p> <p>Характер трудовой деятельности, неумение организовать свой досуг</p>	<p>Правильное (адекватное) самопонимание</p> <p>Адекватное самооценивание</p> <p>Адекватное самовосприятие</p> <p>Активизация и развитие (мобилизация) когнитивных способностей</p> <p>Контроль над всеми своими субличностями</p> <p>Личностный рост</p> <p>Обретение самого себя (самости)</p> <p>Самоактуализация</p> <p>Раннее выявление когнитивных нарушений</p> <p>Профилактика и лечение соматических заболеваний</p> <p>Ежедневные достаточные когнитивные нагрузки (с тренировкой памяти, гибкости мышления и внимания)</p> <p>Повышение своего образования</p> <p>Умение правильно организовать досуг</p> <p>Здоровый образ жизни</p> <p>Занятия творчеством</p>

Выводы:

1. Исследование показало, что уровень АК не зависит от возраста, пола, образования, уровня жизни пациентов: уровень АК средний (111–76 баллов) у всех пациентов, проходящих психологическое исследование до операции. По АК опроснику уровень АК в среднем по группе до операции: $97,4 \pm 2,9$.

2. ХБС оказывает влияние на уровень АК пациентов, потому что хроническая боль влияет на эмоциональное и психологическое состояние пациентов, появляется тревога и депрессия, снижается социокультурная активность, сфокусировавшись на боли, пациент получает негативные жизненные установки, избегающее поведение в итоге приводит к усилению болевого синдрома.

3. Снижение уровня боли или её полное купирование в результате нейрохирургической операции, а также занятия арт-терапией способствовали повышению уровня АК до высокого у 23% пациентов. После операции уровень АК в среднем по группе повысился до $103 \pm 2,8$.

4. АК — не постоянная величина и может меняться в течение жизни под воздействием различных факторов. Поэтому психолог может помочь пациенту нейрохирургической клиники повысить уровень развития АК и тем самым способствовать его скорейшему выздоровлению.

5. Эффективным в условиях нейрохирургической клиники является использование арт-диагностики и арт-терапии в развитии АК пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. *Афанасьева Н.В., Степнова Л.А.*, Аутокогнитивные способности в структуре аутопсихологической компетентности госслужащего // *Акмеология*. 2005. № 2. С. 32–41.
- [2]. *Арт-терапия*. Хрестоматия / Под редакцией А.И. Копытина. — СПб.: Питер, 2001. — 320 с.
- [3]. *Боль и борьба с ней*. Материалы конференции. Свердловск. / Под ред. заслуженного деятеля наук проф. Шефера Д.Г., проф. Сангайло А.К. и Соколова. С.С. Тип. — Свердловск: Уральский рабочий, 1966. — 199 с.
- [4]. *Вейн А.М. и др.* Болевые синдромы в неврологической практике. — М.: МЕДпресс, 1999. — 372 с.
- [5]. Департамент здравоохранения г. Москвы. Неспецифическая боль в нижней части спины. (диагностика и комплексное лечение). Методические рекомендации. № 11. — М., 2014.
- [6]. *Данилов А., Данилов А.* Управление болью. Руководство для врачей. — М.: АММ пресс. 2012. — 581 с.
- [7]. *Деркач А.А., Степнова Л.А.* Развитие аутопсихологической компетентности государственных служащих. — М.: РАГС, 2003. С. 303.
- [8]. *Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С. и др.* Нейропсихиатрия. 2-е издание. — М.: Бином, 2013. — 304 с.
- [9]. *Лебедева Л.Д., Никонова Ю.В., Тараканова Н.А.* Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и Арт-терапии. — СПб.: Речь, 2013. — 392 с.
- [10]. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 111 с.
- [11]. *Степнова Л.А.* Развитие аутопсихологической компетентности специалиста / Под ред. доктора психологических наук, профессора, действительного члена РАО А.А. Деркача. — М.: РАГС, 2007. — 139 с.
- [12]. *Яхно Н.Н.* Боль Руководство для врачей и студентов. — М.: МЕДПресс-информ, 2009. — 261 с.
- [13]. *Ассаджиоли Р.* Психосинтез. Принципы и техники. — М.: Эксмо-пресс, 2002. — 416 с.
- [14]. *Бернс Р.* Развитие Я концепции и воспитание / Под ред. Пилиповского В.Я. — М.: Прогресс, 1986. — 424 с.
- [15]. *Люшер М.* Сигналы личности. Рольевые игры и их мотивы. — Воронеж.: Модэк, 1995. — 176 с.

INFLUENCE OF CHRONIC PAIN SYNDROME ON THE NEUROSURGICAL CLINIC PATIENTS LEVEL OF AUTOPSYCHOLOGY COMPETENCE

Elena V. Sinbukhova, undergraduate student of master course, Department of Akmeology and Professional Psychology of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. e-mail: ESinbukhova@nsi.ru

Ljudmila A. Stepnova, doctor of psychological Sciences, Professor, Department of Akmeology and Professional Psychology of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. e-mail: la.stepnova@migsu.ru

Nikolaj A. Konovalov, neurosurgeon, doctor of Medicine, head of the neurosurgical department. Burdenko Neurosurgical Institute Russian Academy of Medical Sciences. Association of vertebrologist Board Deputy Chairman

Oleg S. Zaitsev, psychiatrist, doctor of Medicine, head of psychiatric research group. Burdenko Neurosurgical Institute Russian Academy of Medical Sciences

Natal'ja A. Dzyubanova, neurologist, Phd. Burdenko Neurosurgical Institute Russian Academy of Medical Sciences.

ABSTRACT

The research of the autopsychology competence (AC) level during the chronic pain syndrome was carried out. Thirty patient of spinal department in the neurosurgical clinic were examined, before the operation and 5–6 days after it.

Nowadays not enough attention is paid to the level of AC of the chronic pain patient. The increase of the AC level as ability to realization, reflection, right realization of the patient himself, his senses, emotions, thoughts, actions, and receiving, revision, learning information about himself. It's optimal use as inside experience, which promotes quick recovery of the patient and his return to healthy life. We can follow the rehabilitation of patient dependence of adequate self-perception, self-understanding, and self-attitude.

Keywords: autopsychology competence, art-diagnostic, anxiety, depression, chronic pain syndrome.

REFERENCES

- [1]. Afanas'eva N.V., Stepnova L.A., Autokognitivnye sposobnosti v strukture autopsihologicheskoy kompetentnosti gossluzhashhe-go // Akmeologija. 2005. № 2. S. 32–41.
- [2]. Art-terapija. Hrestomatija / Pod redakciej A.I. Kopytina. — SPb.: Piter, 2001. — 320 s.
- [3]. Bol' i bor'ba s nej. Materialy konferencii. Sverdlovsk /Pod red. zaslužennogo dejatelja nauk prof. Shefera D.G., prof. Sangajlo A.K. i Sokolova. S.S. Tip. — Sverdlovsk: Ural'skij rabochij, 1966. — 199 s.
- [4]. Vejn A.M. i dr. Bolevyje sindromy v nevrologicheskoy prakti-ke. — M.: MEDpress, 1999. — 372 s.
- [5]. Departament zdravoohranenija g. Moskvy. Nespecificheskaja bol' v nizhnej chasti spiny. (diagnostika i kompleksnoe leche-nie). Metodicheskie rekomendacii. № 11. — M., 2014
- [6]. Danilov A., Danilov A. Upravlenie bol'ju. Rukovodstvo dlja vrachej. — M.: AMM press. 2012. — 581 s.

- [7]. *Derkach A.A., Stepnova L.A.* Razvitie autopsihologicheskoy kompetentnosti gosudarstvennyh sluzhashhih. — M.: RAGS, 2003. S. 303.
- [8]. *Dobrohotova T.A., Bragina N.N., Zajcev O.S. i dr.* Nejropsi-hiatrija. 2-e izdanie. — M.: Binom, 2013. — 304 s.
- [9]. *Lebedeva L.D., Nikonorova Ju.V., Tarakanova N.A.* Jenciklo-pedija priznakov i interpretacij v proektivnom risovanii i Art-terapii. — SPb.: Rech', 2013. — 392 s.
- [10]. *Lurija R.A.* Vnutrennjaja kartina boleznej i iatrogennye za-bolevanija. 4-e izd. — M.: Medicina, 1977. — 111 s.
- [11]. *Stepnova L.A.* Razvitie autopsihologicheskoy kompetentno-sti specialista / Pod red. doktora psihologicheskikh nauk, professora, dejstvitel'nogo chlena RAO A.A. Derkacha. — M.: RAGS, 2007. — 139 s.
- [12]. *Jahno N.N.* Bol' Rukovodstvo dlja vrachej i studentov. — M.: MEDPress-inform, 2009. — 261 s.
- [13]. *Assadzhioli R.* Psihosintez. Principy i tehniki. — M.: Jeks-mo-press, 2002. — 416 s.
- [14]. *Berns R.* Razvitie Ja koncepcii i vospitanie / Pod red. Pilipovskogo. V.Ja. — M.: Progress, 1986. — 424 s.
- [15]. *Ljusher M.* Signaly lichnosti. Rolevyje igry i ih motivy. — Voronezh.: Modjek, 1995. — 176 s.
- [16]. *Melzak R.* Zagadka boli. Perevod s anglijskogo P.E. Cherni-lovskoj / Pod red. chlena-korrespondenta AMN SSSR prof. G.N. Kryzhanovskogo. — M.: Medicina, 1981. — 233 s.