

**Конференция, посвященная
90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского**



**АЛЬЯНС ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И ФАРМАКОТЕРАПИИ**

**Наука и реальный мир в лечении
психических расстройств**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

29 октября 2021 Санкт-Петербург

**Конференция проходит в рамках Всероссийского
научно-практического конгресса с международным участием
“Новый мир – Планета психотерапии”**

УДК: [159.9+616.89+615.214]:616.89-085

ББК: 56.14

Конференция, посвященная 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств», 29 октября 2021 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс <https://psychiatr.ru/events/1013>]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. — 271с.— ISBN 978-5-94651-090-5.

Ответственный редактор: Незнанов Н.Г.

Редакционная коллегия: Караваева Т.А., Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю.

Сборник подготовлен к конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств», которая состоялась 29 октября 2021 года в Санкт-Петербурге. Представлены тезисы по вопросам психотерапии психиатрии, медицинской психологии, организации здравоохранения и другим смежным специальностям. Публикации освещают современные научные представления, практический опыт, имеющиеся проблемы и пути их решения.

Издание предназначено для врачей психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, клинических психологов, неврологов и других специалистов, интересующихся вопросами сохранения и укрепления психического здоровья, психотерапии, психиатрии, медицинской психологии, а также студентов, клинических ординаторов и аспирантов медицинских вузов.

ISBN 978-5-94651-090-5

© РОП, 2021

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021

© Коллектив авторов, 2021

Оглавление

Оглавление.....	2
КОРТИКО-ТАЛАМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Агеенкова Е.К.	10
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ЗАТРУДНЯЮЩИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ СОЗАВИСИМОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Адамова Т. В., Шайдеггер Ю.М.	12
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ, ВЫЗВАННЫЕ СМЕРТЬЮ, У СТУДЕНТОВ Азарных Т.Д.	14
МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СВЕТЕ ПОЛИФОНИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ СОЗНАНИЯ М.М.БАХТИНА Александров А.А.	16
ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕТОДИКА MARi КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПОДРОСТКА Алиева Л.М.....	19
КЛИНИКО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, ИМЕЮЩИХ СИМПТОМЫ ПТСР Андреева М.Т. Караваева Т.А.	21
ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (НА ПРИМЕРЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКИХ ТЕКСТОВ) Ахметзянова Э.М., Трегубенко И.А.....	23
ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.	25
СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ Бабарахимова С.Б., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.,	28
КОРРЕКЦИЯ ПРОГРАММЫ КОГНИТИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19 НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПРОФИЛЕЙ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ Бельцева Ю.А., Гомзякова Н.А., Залуцкая Н.М.	31
О МЕТОДОЛОГИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ Бобров А.Е.	33
ЖИВОПИСЬ В АРТ-ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ Бочарова Е.А.	35
МЕСТО ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ МЕТОДОВ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АУТОХТОННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Бутома Б.Г., Коцюбинский А.П., Степанова А.В.....	38
ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНОГО ВЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ СМЫСЛО И ЦЕННОСТНООРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ Вакнин Е.Е., Гаюрова Ю.А.	39
КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В КЛИНИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Вандыш-Бубко В.В., Тарасова Г.В.	42
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ И ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ	

КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Яковлев А.В.....	44
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БУДУЩЕМУ И СКЛОННОСТЬ К РИСКУ ПОДРОСТКОВ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ Виндорф С.А.....	46
ЗАДАЧИ ПОСТГОСТИПАЛЬНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА Воликова С.В., Царенко Д.М., Довженко Т.В., Агамомедова И.Н., Долныкова А.А., Москачева М.А., Пуговкина О.Д., Рычкова О.В., Бобров А.Е.	47
ЗНАЧЕНИЕ БАЛИНТОВСКОЙ СУПЕРВИЗИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛГВ В РАЗВИТИИ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ Винокур В.А.	49
ТИПЫ ПРИВЯЗАННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Воликова С.В., Юдеева Т.Ю., Москачева М.А., Пуговкина О.Д., Довженко Т.В., Долныкова А.А., Рычкова О.В., Ольховик А.Е.	51
ОСОБЕННОСТИ ПРИВЯЗАННОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ И УЖЕНЩИНАМИ С «КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ» Гончарук Т.Б., Карпова Э.Б.	53
НЕГАТИВНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ КАК ФАКТОР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТРАЦИОНАРА Горбунова О.В., Сорокин М.Ю. ..	54
ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ Городнова М.Ю.....	56
ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ УСТАНОВОК У ЧУЖДИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Гребень Н.Ф.....	59
ВЛИЯНИЕ NEUROFEEDBACK НА УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Грехов Р.А.....	61
КАТАМНЕЗ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ПОСЛЕ ПСИХОТЕРАПИИ Григорьева И.В., Гамова А.В.	62
ПРОЯВЛЕНИЕ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ Григорьева И.В., Гамова А.В.....	64
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-АССОЦИИРОВАННУЮ ПНЕВМОНИЮ Гуськова О.А., Ярославская Е.И., Приленский Б.Ю., Петелина Т.И.	67
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ПРИНЦИПЫ, ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И МИШЕНИ Гуткевич Е.В.	69
ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И СОДЕРЖАНИЕМ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ Давидовский С.В., Игумнов С.А., Ибрагимов Ж.А., Гончарик А.В., Картун Л.В., Ходосовская Е.В., Давидовская Я.С. .	72
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ Даренский И.Д.	72
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ВОЕННОГО ДИСТРЕССА Евтушенко Е.И., Токарева А.С., Панченко Д.Р.....	75

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ДЕВУШЕК С ДЕПРЕССИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бойко О.М., Жабина Д.В.	76
ОСОБЕННОСТИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА С ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ В ЛЕВОМ И ПРАВОМ ПОЛУШАРИИ Ермакова Н.Г.	79
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Зарубина Н.В., Спирин Н.Н.	81
МОДЕЛЬ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКОМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМ НА ОСНОВЕ МЕЖДЕВЕДОМСТВЕННОГО МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ Злоказова М.В., Семакина Н.В.	82
ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТИПОМ ПЕРЕЖИВАЕМОГО АКТУАЛЬНОГО СМЫСЛОВОГО СОСТОЯНИЯ Иванова А.В.	84
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ (НЕЙРОТИЗМ, ИМПУЛЬСИВНОСТЬ, ИЗБЕГАНИЕ, АЛЕКСИТИМИЯ И ДЕПРЕССИЯ) У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ЗАВИСИМЫХ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИОНОВ Игумнов С.А., Лапанов П.С., Шахова С.М.	86
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.	87
ПСИХОДИАГНОСТИКА ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНОЙ ПАТАЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.	88
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ШИЗОФРЕНИЕЙ Исупова Е.О., Костылева А.В.	91
ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В СПБГУ Исурин Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К.	98
СРАВНЕНИЕ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДИСТРЕССЕ, СВЯЗАННОМ С СОМАТИЧЕСКИМИ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Капранова С.В., Абабков В.А., Михайлов В.А., Ташлыков В.А.	100
ИЗУЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ Караваева Т.А., Фомичева М.В.	102
ВЛИЯНИЕ ПЕРВОГО СЕКСУАЛЬНОГО ОПЫТА НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ СЕКСУАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЖЕНЩИН ПЕРИОДА РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ Карпова Э. Б., Лабес А.И.	104
ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ НА СВЯЗЬ ДЕТСКОЙ ТРАВМЫ И СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ Кибитов А.А., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э., Кибитов А.О.	106
ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Ковшова О.С., Лыгина Д.Д.	107

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СИТУАЦИЙ НЕУСПЕХА ПРИ ОЦЕНКЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ВРАЧА В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ К ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ Кокоренко В.Л.....	109
ЗАВИСИМОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ Корендюхина А.О.	111
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Логинова А.Ю., Жилевич Л.А.	113
ОСНОВЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЗАВИСИМЫХ Котов С.В.	114
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ДИАДЕ МАТЬ-РЕБЕНОК НА РАННЕЙ СТАДИИ ОБРАЗОВАНИЯ НЕПОЛНОЙ СЕМЬИ Коцюбинский А.П., Гусева О.В., Бутома Б.Г.....	115
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА Коцюбинский А. П....	118
О НОВОЙ ДРАМА-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПРОШЕДШИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ Кочеткова Е.П. Строганов А.Е.....	120
ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕТАФОР В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ Крайнюков С.В., Горюнова Ю.В.	121
АЛЬЯНС СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ Кравченко Н.Е., Суетина О.А., Сачук О.В.	124
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОНТОЛОГИЯ КАК «МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ» В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Красильников И. А.	125
ГРУППОВАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЦВЛ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» Кузавков А.В., Берёзкин Д.В.....	128
МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ Кузнецова С.О., Строгова С.Е., Сурикова М.А.	129
СЕМЕЙНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ КАК МИШЕНИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Кузьмина М.В.	131
ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Кузьмина М.В.	133
ДАННЫЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И СПОСОБЫ ИХ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ Кузьмин И.И.	135
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ТСН, ПО ПРОГРАММЫ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ПФТ НА РАБОТУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б., Вукс А.Я., Сорокин М.Ю.	136

ЗНАЧЕНИЕ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ Кустов Г.В., Зинчук М.С. Меньшикова А.А., Войнова Н.И., Попова С.Б., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.А.	138
ПОГРАНИЧНОЕ И НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Кулаков С.А.	140
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, У КОТОРЫХ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ Кулебакина С.Ф., Ларина И.А., Старостенко С.И., Волкова Н.Н., Нохрина Т.Н.	143
ОСОБЕННОСТИ АБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Лавров Н.В., Лаврова Н.М.	144
АНАЛИЗ АНОНИМНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В 2019 И В 2020 ГОДАХ Латышева Т.В., Мысливцева А.В.	146
ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ДОШКОЛЬНИКОВ Лиознова Е.В.....	148
ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИКАТОРОВ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ Липская А.А. Гарданова Ж.Р.	150
ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗОВ И ПРОЕКЦИЙ НА БАЛИНТОВСКИХ ГРУППАХ Лисовский О.В., Винокур В.А., Лисица И.А.	151
ВЫЯВЛЕНИЕ РЕСУРСНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ Ломакина Г.В.	153
АЛЕКСИТИМИЯ У ЛЮДЕЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Мальцева И.А., Малышко Е.В.....	156
КУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОНЛАЙН КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ Маргошина И.Ю., Ружинских А.Г.	158
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ, НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ ¹ Марков А.В., ² Курасов Е.С., ² Шамрей В.К., ³ Фокин А.С.	160
ТОЛЕРАНТНОСТЬ И СОТРУДНИЧЕСТВО В БРИГАДНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ Медведев С.Э., Бутوما Б.Г.	162
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИЗОЛИРОВАННОГО СОННОГО ПАРАЛИЧА Мелёхин А.И.	163
ФИЗИЧЕСКОЕ ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ТОЛЬКО У НОСИТЕЛЕЙ МАЖОРНОГО АЛЛЕЛЯ G ПОЛИМОРФИЗМА VAL66MET ГЕНА НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА МОЗГА (BDNF) Меркулова Т.В., Чупрова Н.А., Соловьева М.Г., Гречаный С.В., Баранок Н.В., Рыбакова К.В., Николишин А.Е., Солдаткин В.А., Яковлев А.Н., Трусова А.В., Понизовский П.А., Крупицкий Е.М., Кибитов А.О.	167
НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ Миназов Р.Д.....	168

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ВРТ Мошкивская В.А., Бурина Е.А.....	170
ГИПЕРСОМНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ COVID-19 ИЛИ/И РАННЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ Мысливцева А.В., Малышко Е.В., Линник А.А.	172
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ Нартова Т.В., Николаева А.А.....	174
ДИНАМИКА ЗНАЧЕНИЯ «Я» В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ Неберекутина Э.А.	176
АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, ТЕМПЕРАМЕНТ И ХАРАКТЕР У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КОМОРБИДНОЙ С ДЕПРЕССИЕЙ Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Степанов И.Л., Кибитов А.О.....	177
ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ДОМЕНОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ Овчинников А.	179
НЕЙРОМОТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СЕССИИ, И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА NSS БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Оганесян Н.Ю., Кирсанова С.Л.....	181
КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ПАЦИЕНТАХ, КОТОРЫЕ ПРОШЛИ ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ Орлов Д.Н.....	183
КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА Пономарева Е.В. Крынский С.А.....	184
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА СУР2С19 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж.....	185
ТРАДИЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ДОСТИЖЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ПСИХОТЕРАПИИ Проскураков А.П., Тимербулатова Э.С.....	187
СТРАТЕГИЯ ИЗБЕГАНИЯ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К СОМАТИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА Рагозинская В.Г.	189
ОБ ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ КАК ОСНОВЕ (ЕДИНОЙ) ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ Ронзин Д. В.....	190
НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Руденко С.Л.....	192
ФЕНОМЕН ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАК СПОСОБ «АУТОПСИХОТЕРАПИИ» Русина Н.А., Димова В.Н., Соловьева А.Д.	194
МЕТОДИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ МОТИВАЦИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ Сарайкин Д.М.	197
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Соловьева С.Л.	199

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ Северцев В.В.	201
РАЗВИТИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ (ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ И МЕЖПЕРСОНАЛЬНОЙ) ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ Симоненко И.А., Шевченко А.В.	203
ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР У ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМОРБИДНОСТИ Соболев Н.А., Игумнов С.А.	205
РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ЛЮДЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПТСР Соколов Е.Ю., Фомин А.А.	207
ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ. ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ В НАРКОЛОГИИ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И МОЛОДЕЖИ Соловьева Е.В.	209
ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОНОВ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ Солонский А.В., Бохан Н.А., Потапов А.В., Шумилова С.Н.	211
АДАПТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ГИПНОЗА НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МОЛОДЫХ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ Срывкова К.А.(1), Антипова О.С. (1), Тукаев Р.Д. (2)	213
ЖЕНЩИНЫ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ОПИОИДЫ, С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ Станько Э.П., Игумнов С.А.	215
АНТРОПОНИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ Титиевский С.В., Бубнова Ю.И., Аурсалиди А.О.	216
СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ЕЕ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ГЕШТАЛТ-ТЕРАПИИ Третьяк Л.Л., Кошкина И.В., Меркурьев В.В., Кислякова Ю.В.	218
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЪЕКТИВАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА Тукаев Р.Д.	220
ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В СООБЩЕСТВЕ: ЦЕЛИ, МИШЕНИ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ Тюменкова Г.В., Солохина Т.А.	224
СПЕЦИФИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ К СМЕРТИ Усова Л.Е., Григорьева А.А.	226
СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ Фесенко Ю.А.	228
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В., Гуреева О.А.	231
ДИСТАНЦИОННЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Хайретдинов О.З.	233
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА РН В ДИАГНОСТИКЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ Чиркова Ю.В.	234

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТЕЙ ГИПЕРТИМНОГО КРУГА С АФФЕКТИВНЫМИ ФАЗАМИ Чуркина А.М., Субботская Н.В., Устенко А.В.	237
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЗАВИСИМОСТИ (обзор литературных данных) Шабанина В.А.	239
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ВОСПИТАННЫХ В ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ Шайдеггер Ю.М., Котов С. В.	243
СУПЕРФИЦИАЛЬНАЯ И САППЛАНТИНГОВАЯ КАУЗАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФЕНОМЕНА "ДЕПРЕССИВНОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ" Шайдукова Л.К.	245
ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ТЕМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДЕОИГР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Шакун Е.Ю.	246
ПРОБЛЕМА ПСИХОДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.	249
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (часть I) Шевченко Ю.С., Антропов Ю.Ф., Горюнова А.В., Боброва Н.А., Грачев В.В., Данилова Л.Ю., Захаров Н.П., Корнеева В.А., Морозова Е.И.	251
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (часть II) Шевченко Ю.С., Антропов Ю.Ф., Горюнова А.В., Боброва Н.А., Грачев В.В., Данилова Л.Ю., Захаров Н.П., Корнеева В.А., Морозова Е.И.	253
КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ Шемякина С. С., Игумнов С.А.	256
БРЕМЯ БОЛЕЗНИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Шишкова А.М.; Бочаров В.В.; Роялло К.В.	257
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Шова Н.И. ¹ , Михайлов В.А. ¹ , Попов Ю.В. ²	259
Психологическая диагностика невротических компонентов в структуре личности больных эпилепсией Якунина О.Н.	262
АДДИКТИВНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ КАК ФАКТОР РЕЦИДИВА И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЗАВИСИМОСТИ Ян Е.Р., Гуткевич Е.В.	265
ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОДРОСТКОВ СТАЦИОНАРА, СТРУКТУРА И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ Ястребова А.И., Евдокимова Г.Ш., Халтурина А.Б., Кашкина Г.А., Тарадина В.А., Дмитриенко Л.Н., Егорова Г.В.	267

**КОРТИКО-ТАЛАМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Агеенкова Е.К.

Минский инновационный университет

Минск, Беларусь

Cortico-thalam mechanism development of psychosomatic diseases

Ageenkova E.K.

Анализ исследований в области психосоматики показывает, что они в последнее время фокусировались на решении частных вопросов, связанных с обнаружением связей приобретенных хронических заболеваний с теми или иными дискретными характеристиками личностной сферы человека, выявленными чаще всего монотематическими опросниками. При такого рода исследованиях изучается чаще всего психическая сфера уже больного человека, а не его преморбид, в котором можно было бы обнаружить триггеры психосоматических заболеваний (ПСЗ). При этом психосоматика ушла от решения основного вопроса этой науки – каким является механизм психологического запуска хронических соматических заболеваний. Предполагается, что перспективным направлением в психосоматике является системный подход, в частности, решение вопроса о взаимодействии двух основных регуляторных механизмов: 1) вегетативной нервной системы, обеспечивающей единство всех частей организма, постоянство внутренней среды и устойчивость жизнедеятельности в целом; 2) корковых структур, обуславливающих способность человека к произвольной деятельности как во внешней среде, так и во внутреннем психическом плане действия.

С целью решения данного вопроса были обобщены данные психологических исследований, осуществлённых ранее на эпидемиологической и клинической моделях с использованием данных, психофизиологических, клинических и клинко-эпидемиологических исследований, проводимых в Институте кардиологии в Беларуси. Всего обследовано около 1,5 тыс. человек (Е.К. Агеенкова, 2001).

Исследования показали, что наличие тревожных и иных невротических проявлений в личности больных ПСЗ может быть не преморбидным по отношению к заболеванию, а вызванным осознанием своей болезни. Данные исследования, помимо всего прочего, выявили следующие закономерности, позволяющие выдвинуть предположение о кортико-таламическом механизме развития ПСЗ: 1) ведущим психологическим фактором в их развитии является эмоциональная сфера и, в частности, способность в произвольному пролонгированию психоэмоционального стресса или психического напряжения; 2) утрата при хронизации ПСЗ относительной независимости психической и вегетативной систем организма и формирование *circulus vitiosus* во взаимоотношениях кортикальной и висцеральной сфер.

Например, исследования показали, что для больных артериальной гипертензией более значимо состояние эмоционального напряжения, возникающее не столько во время психоэмоциональной нагрузки, сколько после него, что было указано в ряде наших публикаций (Е.К. Агеенкова, 2001). Установлено, что для больных ПСЗ характерно отсутствие способности быстро восстанавливать эмоциональное равновесие по причине того, что они после любых стрессовых ситуаций мысленно эмоционально переживают их заново и сохраняют такое состояние достаточно длительное время в связи с произвольным их «удержанием» в представлениях. Это явление, подтвержденное экспериментально, было обозначено нами как «пролонгирование психоэмоционального стресса» (Е.К. Агеенкова, Е.С. Асташенкова, 2011). Подобное явление описано Ю.М. Губачевым и Е.М. Стабровским (1981) как «состояние застойного эмоционального напряжения»; К.В.

Судаковым (1983) как хроническое негативное эмоциональное возбуждения, которое сохраняется в ЦНС после устранения и самой конфликтной ситуации, и гипертензивной реакции на нее; Г.Ф. Лангом, еще в 1947 году установившим, что в основе гипертонической болезни имеет место состояние патологической инертности и застойности процессов раздражения высших, регулирующих кровяное давление, нервных центров, а также В.Д. Тополянским и М.В. Струковской (1986), выявившими при патологических состояниях сверхбыстрое извлечение из памяти прошлого эмоционального опыта. Данный способ психоэмоционального реагирования при стрессах необходимо отличать от руминации, при которой, в сознание постоянно возвращается одна и та же мысль. При пролонгировании психоэмоционального стресса имеет место «эмоциональная жвачка», при которой человек не может избавиться от повторного переживания психотравмирующей ситуации, и руминирует негативное эмоциональное состояние – страх, гнев, беспомощность и др.

Необходимо уточнить, что эмоциональная сфера человека имеет двойной механизм регулирования. С одной стороны, в связи с тем, что в ее проявлении задействована вегетативная составляющая организма, она регулируется подкорковыми таламическими областями (лимбус) и автономной нервной системой в целом, напрямую не зависимыми от корковых структур. С другой стороны, посредством префронтальных областей коры мозга человек способен произвольно регулировать свою эмоциональную сферу – усиливать или ослаблять ее проявление. Таким образом, среди психологических факторов влияния на внутренние органы именно эмоциональная сфера способна включиться в качестве регулятора их функционирования. Полагаем, что застойное эмоциональное напряжение и произвольное пролонгирование психоэмоционального стресса способны привести к хронизации напряженного функционирования организма и, в конечном счете, к ПСЗ.

Анализ интеркорреляционных плеяд психологических и физиологических параметров, зарегистрированных при проведении психофизиологических экспериментов, выявил важные особенности психовегетативных соотношений у здоровых и больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обнаружено, что по мере отягощения их симптомов (рассмотрены здоровые, больные гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца) наблюдается картина снижения силы интеркорреляций среди психологических и физиологических параметров в отдельности и усиление психовегетативной взаимозависимости. Характер подобных психовегетативных отношений у больных предполагает большую уязвимость обеих систем организма – психической и соматической. Это может указывать на то, что при ПСЗ имеет место «порочный круг», в котором возникающее психическое напряжение вызывает активизацию определенных физиологических систем, которое, в свою очередь, провоцирует возникновение тревоги и психического напряжения (Е.К. Агеенкова, 2001).

Вопрос о тесной корреляции между психической и соматической системами у больных людей впервые поставил М.И. Аствацауров, который еще в 1938 году предположил, что различные эмотивные состояния без участия сознания включаются в качестве самостоятельного звена в цепь гормонально-вегетативной корреляции, превращающейся в *circulus vitiosus*, в котором соматические и психические элементы переходят друг в друга. Нами было выдвинуто предположение, что такой характер психовегетативных взаимоотношений может быть спровоцирован посредством механизма ипохондрической фиксации на болезненных симптомах, когда в сознании больного человека начинает доминировать восприятие внутренних органов, что практически отсутствует у здорового человека. Данный характер содержания сознания больного ПСЗ может спровоцировать своеобразный кортико-таламический резонанс и позволить пролонгированным тревожным составляющим активизировать подкорковые структуры и провоцировать

длительную напряженную деятельность определенных органов и органных систем (Е.К. Агеенкова, 2001). В современных публикациях сходный механизм формирования соматоморфных симптомов посредством привязки сознания к ощущениям со стороны внутренних органов описан А.Ю. Березанцевым (2011).

Таким образом, можно констатировать, что в психологическом механизме запуска ПСЗ задействована в первую очередь эмоциональная сфера человека, который посредством постоянного произвольного возвращения в сознание негативно окрашенных стрессовых ситуаций вызывает пролонгирование психоэмоционального стресса и, соответственно, застойные процессы в таламических отделах, регулирующих деятельность тех или иных внутренних органов, вызвать их хроническое напряжение и расстройство их функционирования. Хронизации ПСЗ способствует формирование *circulus vitiosus*, в котором активизация психической деятельности и физиологических систем взаимно напрягают друг друга.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ЗАТРУДНЯЮЩИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ СОЗАВИСИМОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Адамова Т. В., Шайдеггер Ю.М.

**ННЦН-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва**

**Determination of factors that make it difficult to overcome codependency in relatives of
patients with substance use disorders**

Adamova T.V., Scheidegger Y.M.

Изучение взаимоотношений между близкими родственниками и пациентами наркологического профиля выявило феномен созависимости как устойчивую систему установок, стимулов и реакций, поддерживающих употребление наркотиков и алкоголя. Довольно низкая эффективность терапии больных с химическими зависимостями традиционными методами связана с тем, что после курса лечения они возвращаются в прежнюю, прежде всего семейную среду. Химическая зависимость — это семейная болезнь. Наличие созависимости у родственника больного алкоголизмом и наркоманией — это всегда фактор риска нового рецидива болезни, т.к. происходит подмена эффективной помощи чрезмерным сочувствием, жалостью, заботой, повседневным уходом — отношением, которое удобно больному (зависимому) и препятствует его выздоровлению.

В последнее время все больше внимания уделяется изучению понятия «созависимость» и методикам его преодоления или коррекции, а также барьерам, препятствующим этому. Одним из серьезных, до сих пор мало затрагиваемым барьером и фактором, лишь более усугубляющим как само состояние созависимости, так и межличностное коммуницирование между пациентом и его созависимыми родственниками, является развитие вторичной алекситимии у последних.

Обобщение опыта работы с семьями алкоголиков и наркоманов показывает, что семья может выступать, с одной стороны, как фактор, провоцирующий срыв в период ремиссии - если реабилитационная работа с семьей не проводится и, с другой стороны - как фактор эффективности реабилитационной и профилактической работы - если проведена системная реабилитационная работа с семьей.

Цель исследования: Выявить взаимосвязь между степенью выраженности созависимости и риском развития вторичной алекситимии у родственников наркологических больных.

Методы исследования: Клиническая беседа, анкетирование; шкала созависимости Дж. Фишера (Fischer J., адаптация В.Д. Москаленко); Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26) (G. J. Taylor и соавт. (1985); Опросник Келлермана-Плутчика (LifeStyleIndex, LSI); авторская анкета для получения дополнительной информации о семьях, в которых проживают зависимые.

Объект исследования: В исследование включено 70 человек, которые были разделены на 2 группы (основная и контрольная).

Первую группу испытуемых (основную, 42 чел.), составили родители и ближайшие родственники больных наркоманией и алкоголизмом, средний возраст 49,7 лет. Семейное положение: 23 чел. – замужем/женаты, 19 чел. – разведены или холосты; уровень образования: 28 чел. – имеют высшее, 3 чел. – неоконченное высшее, 8 чел. – средне-специальное, 3 чел. – среднее.

Вторую группу (контрольную, 28 чел.) составили лица, сходные по социально-демографическим характеристикам и возрасту, в нуклеарных семьях которых нет наркологических больных.

Результаты исследования:

В первой группе (основной), у 23 чел. (54,7%) – диагностирована умеренно выраженная созависимость; у 17 чел. (40%) – резко выраженная созависимость и у 2 чел. (4,7%) созависимость не выявлена. Во второй группе (контрольной) наличие созависимости ни у кого выявлено не было.

Наличие алекситимии в первой группе (основной) было выявлено у 15 чел. (35,7 %), из них 11 чел. (26%) имеют резко выраженную созависимость и у 4 чел. (9,5%) - умеренно выраженная созависимость; отсутствие алекситимии («неалекситимический» тип личности) - у 8 чел. (19 %), из них 6 чел. (14,2%) имеют умеренно выраженную созависимость и 2 чел. (4,7%), у которых созависимость не выявлена; высокая вероятность развития алекситимии (принадлежность к группе риска) – 19 чел. (45,2 %), из них 6 чел. (14,2%) имеют резко выраженную созависимость, и 13 чел. (31%) - умеренно выраженную созависимость.

В контрольной группе «неалекситимический» тип личности - у 25 чел. (89,3%); высокая вероятность развития алекситимии (принадлежность к группе риска) – 3 чел. (10,7%).

Определены приоритетные защитные механизмы у группы созависимых: проекция, рационализация, регрессия и отрицание.

Выводы:

- При исследовании родственников пациентов, зависимых от ПАВ выявлена та или иная степень созависимости, в отличие от контрольной группы, где созависимые отношения не определялись.
- У большинства родственников пациентов, зависимых от ПАВ, отмечается отрицание созависимого поведения.
- Проявление алекситимии у родственников пациентов, зависимых от ПАВ, является важнейшим симптомом, от которого в основном зависит оценка тяжести созависимого поведения.
- Риск развития как созависимости, так и связанной с ней вторичной алекситимией имеет ярко выраженные гендерные различия и наиболее часто встречается среди женщин
- Выявленные у группы созависимых рабочие защитные механизмы, которые помогают минимизировать негативные, травмирующие переживания, связанные с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги, но в то же время искажающие реальную действительность, снижают мотивацию на лечение созависимости.

- У родственников пациентов, зависимых от ПАВ, требуется дополнительная мотивационная работа на усиление стимула для участия в работе по преодолению созависимого поведения и на создание мотивации по психокоррекции созависимости.
- Полученные результаты имеют важное научно-практическое значение, поскольку включение психотерапевтических методик по преодолению алекситимии у родственников зависимых пациентов может повысить эффективность лечения и успешность реабилитационных мер у пациентов с аддиктивной патологией.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ, ВЫЗВАННЫЕ СМЕРТЬЮ, У СТУДЕНТОВ

Азарных Т.Д.

ФГБОУ ВО Воронежский университет инженерных технологий

Воронеж

Posttraumatic stress, triggered by death, among students

Azarnykh T.D.

Актуальность темы определяется результатами следующих исследований. В мировых эпидемиологических исследованиях (в которых Россия не участвует) установлено, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), являющееся крайней выраженностью посттравматических стрессов (ПТС) [Everly G.S., 1993; Тарабрина Н.В., 2008]), может быть инициировано неожиданной смертью близких [Kessler R.C. et al., 2014]. ПТСР/ПТС, инициированные смертью, встречаются и у студентов [Frazier P. et al., 2009; Read J.P. et al., 2011; Anders S.L. et al., 2012]. Вместе с тем как в течении ПТСР, так и в стрессах, инициирующих его, выявлены культуральные особенности [Neugebauer R. et al., 2009; De Vries G.-J. et al., 2009; McGowan T.C. et al., 2013; Rajkumar A.P. et al., 2013; Kawakami N. et al., 2014]. Кроме того зарубежными исследователями установлено, что на траектории течения ПТСР влияют такие социально-демографические факторы как уровень доходов страны [Atwoli L. et al., 2015], семьи [Koenen K.C. et al., 2007; Maercker A. et al., 2013; Lowe S.R. et al., 2014], а также пол как среди взрослых [Breslau N. et al., 1999], так и подростков [Elklit A., 2002; Landolt M.A. et al., 2013], возраст [Nooner K.V. et al., 2012]. Все это свидетельствует об актуальности исследования, целью которого являлось выявление ситуативных параметров, влияющих на тяжесть течения ПТС, вызванных смертью, у студентов с учетом пола.

Определялась выраженность следующих 22 показателей: ПТС по двум специфичным для него шкалам 1) Миссисипская (MS) [Keane T.M. et al., 1988], гражданский вариант [Vreven D.I. et al., 1995], 2) оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IES-R) с субшкалами вторжение IN, избегание AV, физиологическая реактивность AR [Horowitz M.J. et al., 1979; Marmar C.R. et al., 1996], а также коморбидных 3) депрессии BDI [Beck A. et al., 1961], 4) психопатологической симптоматики SCL-90-R [Derogatis L.R. et al., 1974] (все опросники адаптированы на российских выборках в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН [Тарабрина Н.В. и др., 2007]), 5) тревожности Тейлор MAS (Taylor J.A.), в адаптации Собчик Л.Н. [Собчик Л.Н., 2001]. Определялось также наличие суицидальных идеаций СИД по утвердительным ответам на вопрос о суициде в опросниках MS, BDI, SCL-90-R.

ПТС вызваны стрессами, связанными со смертью (наихудший случай). Во всех случаях после стресса, инициировавшего ПТС, прошло не менее 6 месяцев. Исследования проведены на студентах государственных вузов г. Воронеж дневной формы обучения инженерных и экономических специальностей в возрасте 18-20 лет. Всего в

исследовании приняло участие 1072 чел. (189 девушек, 48 юношей в группе с ПТС, 549 и 286 соответственно – контрольной).

При статистической обработке данных (SPSS, версия 13) проводился однофакторный дисперсионный анализ (критерий Краскала-Уоллеса χ^2 -У2), а также попарное сравнение групп (критерий U Манна-Уитни).

Установлено, что у девушек ситуативным параметром, связанным с тяжестью течения ПТС, является степень родства с умершим. В 11,6% случаев ПТС инициирован смертью матери (ПТС-мать), 19,6% – отца (ПТС-отец), 24,3% – друзей (ПТС-друзья) (из них 7,6% приходится на смерть любимых, но не мужей, в результате службы в армии, аварий, убийств), 3,2% – посторонних (ПТС-посторонние), 8,5% – сиблингов (ПТС-сиблинги), 32,8% – взрослых родственников (бабушки, дедушки, дяди и тети) (ПТС-родственники). О влиянии этого ситуативного параметра на тяжесть течения ПТС свидетельствует наличие статистически значимой разницы в выраженности психометрических показателей ПТС между группами (критерий χ^2 -У2): она установлена по 11 (из возможных 22) – специфичным для ПТС MS, IES-R и всем трем ее субшкалам, а также симптомокомплексам соматизации SOM, психотизма PSY, шкале дополнительных вопросов ADD, индексу тяжести дистресса GSI, субшкале соматической составляющей депрессии А-С, тревожности MAS.

Сравнительный анализ выраженности психометрических показателей в парах групп ПТС-мать со всеми другими (отец, друзья, родственники, сиблинги, посторонние) показывает, что статистически значимая разница по наибольшему числу показателей установлена между группами ПТС-мать и ПТС-отец: в первой выше уровень 10 показателей, тогда как в остальных случаях – 0, 6, 3, 3 соответственно.

При сравнении психометрических показателей в парах групп ПТС-отец и четырьмя другими статистически значимая разница установлена в трех случаях: в группе ПТС-друзья ниже уровень 10 показателей, ПТС-родственники – 2, ПТС-посторонние – 1.

Полученные данные свидетельствуют о наличии двух полярных по тяжести течения групп: ПТС, вызванные смертью матери, – на одном полюсе и отца – другом; ПТС, вызванные смертью друзей, близки по тяжести к ПТС, вызванными смертью матери, остальные три группы располагаются между полюсами, и в ряде случаев могут достигать тяжести ПТС, вызванных смертью матери.

У юношей установлена связь между тяжестью течения ПТС и таким параметром как ситуации встречи со смертью: «смерть-убийство» (убийство на глазах друзей и в одном случае – брата) (7,3%), «вид мертвого» (10,9%), «неожиданное известие о смерти» (69,1%) и «смерть» (потеря) (12,7%).

О влиянии этого ситуативного параметра на тяжесть течения ПТС свидетельствует наличие статистически значимой разницы в выраженности психометрических показателей ПТС между группами (критерий χ^2 -У2) в 6 случаях: по специфичной для ПТС субшкале физиологической реактивности AR, а также коморбидных психопатологической симптоматики в общем (индексы PST, GSI) и конкретно симптомокомплексов соматизации SOM, обсессивности-компульсивности О-С, тревожности ANX

Самые высокие значения психометрических показателей установлены в группе «смерть-убийство» (1) по сравнению с тремя другими: «смерть» (2), «неожиданное известие о смерти» (3), «вид мертвого» (4). Между парой групп (1 – 4) статистически значимая разница установлена по 4 показателям, (1 – 2) и (1 – 3) – по 1. Это значит, что самым тяжелым течением отличается группа ПТС, вызванная смертью-убийством.

ПТС, вызванные смертью, независимо от пола сопровождаются увеличением частоты встречаемости СИД: если у девушек в контрольной группе она составляет 16,2%, то в группе с ПТС – 45,0% ($\chi^2 = 64,552$, $p = 0,000$), юношей – 9,8% и 33,3% соответственно ($\chi^2 = 17,912$, $p = 0,000$). При этом частота встречаемости СИД в группе ПТС не зависит от рассматриваемых

ситуативных параметров ни у девушек ($\chi^2 = 8,419$, $df = 5$, $p = 0,135$), ни у юношей ($\chi^2 = 2,409$, $df = 3$, $p = 0,492$).

Выводы:

1. Выделено два ситуативных параметра, влияющих на тяжесть течения ПТС, в зависимости от пола: степень родства с умершим у девушек и ситуации встречи со смертью у юношей. Установлено также, что у девушек:

а) наиболее тяжелым течением отличаются ПТС, вызванные смертью матери;

б) ПТС, вызванные смертью друзей, по тяжести близки к ПТС, вызванными смертью матери;

в) в остальных случаях ПТС, вызванные смертью посторонних, родственников, сиблингов, по тяжести течения отличаются большим разбросом, т.е. она может быть сопоставима с ПТС, вызванными как смертью матери, так и отца.

3. У юношей самым тяжелым течением отличается группа ПТС, вызванных убийством на глазах (родственников и друзей).

4. ПТС, вызванные смертью, увеличивают частоту встречаемости СИД по сравнению с контрольной группой. Однако в самой группе ПТС, вызванных смертью, частота встречаемости СИД не зависит от установленных ситуативных параметров ни у девушек, ни у юношей.

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СВЕТЕ ПОЛИФОНИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ СОЗНАНИЯ М.М.БАХТИНА

Александров А.А.

**Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова
Санкт-Петербург**

**Methodology and practice of analytical-cathartic therapy in the light of M. M. Bakhtin's
polyphonic concept of consciousness**

Alexandrov A.A.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – это современная модель психотерапии, основанная на теории личности и концепции невроза В.Н. Мясищева. В отличие от патогенетической терапии, основанной на беседе терапевта с пациентом, ядром метода аналитико-катартической терапии является «Диалог-встреча» - диалог пациента с воображаемым значимым Другим. Диалог с воображаемым Другим недостаточно изучен в современной психологии. Он имеет отношение к проблеме самопознания, поиска и обретения подлинной идентичности и, в сущности, является диалогом человека с самим собой – внутренним диалогом. Основным техническим приемом (инструментом) терапевта в АКТА является «двойное дублирование» - вербализация неотчетливых переживаний пациента и его воображаемого собеседника (чувств, мыслей, намерений). Терапевт стремится быть «внутренним голосом» пациента, вскрывать его тайные мысли и желания. Реплики (сообщения) терапевта носят конфронтационный характер: терапевт сталкивает противоречивые внутренние позиции пациента, ослабляя тем самым сопротивление и добиваясь осознания.

АКТА обращается к диалогическому подходу, расширяя тем самым методологическую платформу метода, один полюс которого представляет собой психодинамический подход, другой (собственно диалог) феноменологический. Рассматривая АКТА с позиций диалогического подхода, мы отталкиваемся, прежде всего, от концепций отечественных ученых М.М. Бахтина и Л.С. Выготского. Работы этих мыслителей сходятся в диалогическом построении сознания. Л.С. Выготский представлял внутреннюю умственную деятельность

как неотъемлемо диалогическую и говорил о диалогической природе человеческой мысли, что соответствовало и М.М. Бахтину. Для Выготского диалог – это конкретный психологический эквивалент социальной природы мысли, т.е. это совокупность социальных отношений, конструирующих человеческую сущность.

М.М. Бахтин развивает полифоническую концепцию сознания, опираясь на творчество Ф.М. Достоевского, который создал принципиально новую – полифоническую – форму романа. Писатель не судит своих героев, а дает им самим высказать себя, свою правду о мире, свое видение других людей и себя самих среди людей. Таким образом, Достоевский создает полифонию (многоголосие), и его задача – не судить героев, а сводить их друг с другом в «большом диалоге» в мире произведения.

М. М. Бахтин рассматривал внутренний диалог как взаимоотношения внутренних (воображаемых) собеседников. Анализируя творчество Ф. М. Достоевского, он описывал его подход к исследованию сознания героя как «внутренне диалогический». Высказывания литературных героев Достоевского характеризуются диалогичностью. М. М. Бахтин называл подобные явления «микродиалогом» — когда все слова текста двухголосые и в каждом из них происходит спор голосов. Два героя всегда вводятся Достоевским так, что каждый из них интимно связан с внутренним голосом другого. Поэтому в их диалоге реплики одного задевают и даже частично совпадают с репликами внутреннего диалога другого. Глубокая существенная связь или частичное совпадение чужих слов одного героя с внутренним и тайным словом другого героя - обязательный момент во всех существенных диалогах Достоевского. Факт взаимосвязи реплики одного героя с внутренним голосом другого в произведениях Ф. М. Достоевского крайне важен для понимания сущности метода диалога в АКТА – диалога с воображаемым Другим.

Подлинно диалогическим является такое общение, при котором возникает «резонанс» воспринимаемой реплики собеседника и собственного «тайного слова» – мысли, еще не выговоренной вслух, недооформленной в речи и не до конца осознанной. Чужое высказывание способствует кристаллизации и амплификации (т.е. расширению смыслового поля) своего высказывания (ответной реплики другому). В АКТА это положение находит свое отражение в технике двойного дублирования – технике выявления «тайного слова».

Опираясь на концепцию полифонического сознания, последователи М.М. Бахтина выделяют в структуре «Я» множество относительно самостоятельных «голосов» («Я-позиций»), которые ранее представляли собой участников социальных отношений. Каждая из этих позиций выражает различные части личностного сознания, порождая соответствующие им воспоминания или истории (нарративы). Это означает, что внутренний диалог на самом деле представляет собой полилог — одновременное взаимодействие между собой нескольких психических инстанций. В данном случае происходит полилог между новыми и прежними «участниками» внутреннего диалога, осуществляется взаимопроникновение их позиций. Т.о., если рассматривать внутренний диалог в плане развития, генетически, — он представляет собой полилог, т.к. включает в свернутой форме генетически более ранние внутренние диалоги.

АКТА – полифоническая форма психотерапии, сравнимая по структуре с полифоническим романом Достоевского, в котором голоса различных позиций принадлежат их конкретным носителям – героям сочинения. В АКТА герои – значимые другие пациента, связанные с различными этапами его жизни, образы которых репрезентированы в его внутреннем мире.

Разведение (персонификация) и развертывание внутренних голосов. Главный принцип диалога в АКТА и он же главный технический прием – это разведение внутренних голосов по конкретным значимым другим – носителям определенных смыслов, позиций – с

последующим вступлением пациента в диалог с ними. В процессе перехода от сеанса к сеансу, от одной значимой фигуры к другой, происходит экспликация разворачивание (экспликация) внутренних голосов, другими словами – превращение «почти молчаливой» (как говорил Выготский) внутренней речи во внешнюю вербализованную речь.

Катарсис. В АКТА мы различаем два типа катарсиса: частичный, или неполный, и полный – катарсис интеграции. Предполагается, что каждый диалог с отдельной фигурой, связанной с актуальным конфликтом, должен завершиться как минимум частичным, или неполным, катарсисом. Это – интерперсональное осознание. Для достижения полного катарсиса необходимы диалоги с родительскими или иными фигурами первичной группы. Полный катарсис (катарсис интеграции) является результатом интеграции частичных катарсисов, достигнутых в диалогах с отдельными значимыми фигурами.

Герменевтический круг. Таким образом, В АКТА наблюдается движение от неполного катарсиса к катарсису интеграции по принципу герменевтического круга (круга понимания). Пациент переходит от одной значимой фигуры к другой, устанавливая тем самым связи между прошлым и настоящим, выстраивая их в единую психогенетическую цепь. Понимание связи внутриличностной проблематики с межличностной конфликтностью приводит к росту самосознания и, в конечном итоге, трансформации личности.

Роль терапевта. В АКТА роль рефлексии и анализа выполняет Я пациента, которое раздваивается во внутреннем диалоге на две противоречивые позиции: Я и проективное Я. Третьим же участником является терапевт. Он также наблюдает и анализирует, но, отождествляясь с обеими позициями пациента, способствует тем самым самоотождествлению пациента. Кроме того терапевт отождествляется с реальным значимым другим, и благодаря этому осуществляется связь внутреннего мира пациента (субъективного) с внешним миром.

Диалог как «встреча двух сознаний». В процессе диалога усилия терапевта направлены на вербализацию внутренней (смысловой) речи пациента, на выявление скрытых смыслов. Внутренний процесс конструирования речи становится внешним и тем самым доступным для исследования и терапевтического воздействия. Терапевт становится соучастником процесса вербализации мыслей пациента, процесса его мышления. Терапевт стремится к тому, чтобы его голос был созвучен тайному слову пациента. Когда голоса терапевта и пациента сливаются в единый голос - тогда, по выражению Бахтина, происходит «встреча двух сознаний».

ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕТОДИКА MARI КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПОДРОСТКА

Алиева Л.М.

ФГБНУ "Научный центр психического здоровья"

Москва

**Integrative methodology MARI as a diagnostic tool for investigating psychological problems
of adolescents**

Alieva L.M.

Исследовательский инструмент оценки мандалы – MandalaAssessmentResearchInstrument (MARI), является комплексной психодиагностической методикой, разработанной американским психологом и арттерапевтом Д. Келлог в 1975 г. MARI зарекомендовала себя как многомерный и эффективный метод оценки личности, в том числе, особенностей социального взаимодействия, возможностей профессиональной самореализации, социально-психологической зрелости личности (A.Theodor, 2005).

В России методика MARI начала использоваться сравнительно недавно (2012), но также проявила себя как эффективный исследовательский инструмент (М.В. Данилина, 2014, 2016). Методология MARI опирается на культурно-историческую теорию развития психики и личности Л.С. Выготского, аналитическую теорию К.Г. Юнга, гуманистический подход А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла.

По своей сути MARI представляет вариант проективной методики, однако имеет особенности стимульного материала, опирающегося на четко структурированный набор символов, отражающих жизненный цикл человека, и интуитивно выбираемых к ним цветных карточек с основными цветами (белый, красный, желтый, зеленый, синий, черный и их светлые и темные оттенки).

Жизненный цикл человека по MARI состоит из 14 стадий, расположенных в четырех квадрантах в пространстве круга. Первый квадрант «Формирование» отражает пренатальный период развития; второй квадрант «Становление» – это период взросления и развития; третий квадрант «Расцвет» – период личностной зрелости; четвертый квадрант «Перерождение» означает период завершения определенного жизненного этапа, подведение итогов, переоценку ценностей и жизненных целей.

Все стадии в верхней части круга (с четвертой по десятую) свидетельствуют о взаимосвязях личности с миром, социумом, в то время как стадии, относящиеся к нижней части круга (с одиннадцатой по третью) отражают динамику бессознательных процессов индивидуума. Каждая стадия имеет набор устойчивых психологических характеристик, которые были определены в результате 30-летних клинических исследований и описаны Д. Келлог, а также другими специалистами (S. Hallberg, 2010). В результате анализа психотерапевт получает информацию о стадиях, на которых в данный момент находится индивидуум, проблемах, с которыми он сталкивается, задачах, которые решает, этапах индивидуального жизненного цикла, которые он проходит и, что наиболее ценно, о способах и стратегиях проживания определенных стадий.

Работа с методикой осуществляется в следующем порядке: первоначально исследуемый индивид создает мандалу и дает ей название, затем ему предлагается стимульный материал, состоящий из 39 архетипических графических конфигураций и 45 цветных карточек. Далее он должен к каждому из выбранных символов подобрать соответствующий цвет. На следующем этапе психотерапевт предоставляет клиенту информацию о значении выбранных им символов и цветов, совместно с клиентом анализирует его мандалу, а также его чувства и мысли, связанные с рисунком. Тем самым

терапевт дает клиенту обратную связь о его личностном потенциале, проблемах и психологических ресурсах для лучшего осознания существующих проблем и их преодоления.

Цель. Продемонстрировать психодиагностические возможности методики MARI как инструмента для исследования личностных проблем и особенностей психоэмоционального состояния подростков, обращающихся за помощью к психологу.

Результаты. При психологической диагностике обратившегося к психологу подростка (женский пол, 14 лет, жалобы на апатию, конфликтные отношения с матерью) установлена значимость первой, третьей, четвертой, пятой и шестой стадий в соответствии с MARI, отражающих психоэмоциональное состояние клиентки и выявляющих ее психологические проблемы и ресурсные стороны личности. Так, первая стадия отражает ранний детский опыт и связана с чувством безопасности, безусловным принятием и доверием окружающего мира. Наличие жизненной энергии и открытость человека для новой информации отражены на третьей стадии. Особенности семейного взаимодействия ярко проявляются на четвертой стадии, которая указывает на проблемы симбиотической связи и созависимость. Формирование моральных и социальных установок индивидуума, имеющих важность для подросткового возраста, отражаются через пятую и шестую стадии. Пятая стадия показывает становление и формирование личности, а именно, развитие копинг-стратегий, следование социальным правилам и нормам, понимание и выстраивание взаимоотношений с окружающим миром. На шестой стадии реализуются задачи по развитию самосознания, поиск собственной индивидуальности, установление взаимоотношений, развитие аутентичности, чувства ответственности. Остальные стадии, такие как, независимость, развитие личности, Я и другие, завершение жизненного этапа, дезинтеграция и трансформация не были актуализированы в процессе психодиагностики подростка.

При проведении психодиагностики по методу MARI у подростка на основе созданной им мандалы, а также выбранных символов и цветов к ним (серый, цвет фуксии, бирюзовый, фиолетовый), были выявлены депрессия, утрата смысла жизни, отрицание будущего, а также потребность в психологической защите. Анализ исследования личностных проблем клиентки свидетельствовал о позиции «жертвы», созависимых отношениях с матерью. Психоэмоциональное состояние подростка на основе метода MARI характеризовалось высоким уровнем тревоги, беспокойства, подавленным гневом, гиперактивностью, выявлялось чувство одиночества.

Выводы. Методика MARI предоставляет психотерапевту возможность проанализировать сознательные и бессознательные психические процессы, прошлый опыт клиента, особенности его семейной системы, психоэмоциональное состояние, а также наметить пути эффективной медико-психологической помощи.

**КЛИНИКО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ
СКЛЕРОЗОМ, ИМЕЮЩИХ СИМПТОМЫ ПТСР**

Андреева М.Т. Каравеева Т.А.

**СПбГБУЗ ГКБ №31, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург,
ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», ФГБУ ВО «Санкт-
Петербургский медицинский педиатрический университет» Минздрава России, ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России**

Санкт – Петербург

**Clinical and psychological characteristics of patients with multiple sclerosis with PTSD
symptoms**

Andreeva M.T., Karavaeva T.A.

Пациенты с рассеянным склерозом (РС) входят в группу риска развития сопутствующих психических заболеваний, в том числе тревоги и депрессии. Относительно лиц с аналогичной степенью инвалидности пациенты с рассеянным склерозом имеют повышенную частоту возникновения коморбидных психических расстройств. Депрессия и тревога - одни из самых распространенных психиатрических расстройств при РС. Большое депрессивное расстройство встречается при РС чаще (15,7%), чем в общей популяции людей (7,4%) и даже превышает эти показатели у пациентов с другими хроническими заболеваниями (9,1%), включая такие аутоиммунные состояния, как ревматоидный артрит или воспалительное заболевание кишечника. Рассеянный склероз (РС), являясь хроническим заболеванием, существенно меняет привычный для человека образ жизни. Невозможность предсказать развитие обострения, а также его характер и возможные последствия, могут приводить к развитию тревожных и депрессивных расстройств, а в ряде случаев и к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Многие авторы отмечают, что для формирования ПТСР при тяжёлых соматических заболеваниях, большое значение имеет наличие предшествующего травматического опыта, а также преморбидных психологических особенностей больных.

Цель исследования: изучить клинико – психологические особенности пациентов с РС с симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Всего было скринировано 724 пациента сплошной выборки, проходящих амбулаторное лечение в «Городском центре рассеянного склероза» в Санкт-Петербурге. В исследовании приняли участие 128 пациентов с РС в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст – $31,19 \pm 7,17$), из них 89 (70,1%) женщин и 38 (29,9%) мужчин. Критериями включения являлись: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза в соответствии с критериями Мак Дональда. Критерием не включения в исследование является наличие установленного психического заболевания в анамнезе. Личностные особенности пациентов оценивались с помощью следующих методик: Я-структурный тест Аммона (Г. Аммон, 1976, адаптация Ю. Я. Тупицин, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская, 1998) и тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2006). Оценка уровня тревоги и депрессии проводилась с помощью госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS, Zigmond & Snaith, 1983). При оценке показателей жизнестойкости в группе пациентов, имеющих симптомы ПТСР выявлены значимо более низкие показатели по шкалам вовлеченности, контроля и принятия риска. Данная категория пациентов более подвержена стрессогенному влиянию заболевания и сопряжённой с ним терапии, что может приводить к ощущению

отвергнутости, беспомощности, пассивности и впоследствии к развитию коморбидного психического расстройства.

По результатам Я-структурного теста Аммона у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля выявлены достоверно более высокие показатели по следующим шкалам: агрессия деструктивная и дефицитарная, тревога деструктивная и дефицитарная, внешнее я - отграничение деструктивное и дефицитарное, внутреннее я - отграничение дефицитарное, нарциссизм деструктивный. Таким образом, пациенты с симптомами ПТСР испытывают трудности в межличностных отношениях, которые зачастую проявляются в неспособности принимать помощь и поддержку от других людей, склонности к обесцениванию. Кроме того, такие пациенты склонны к эмоциональному дистанцированию, закрытости, отсутствию гибкости при построении коммуникаций. Зачастую это проявляется в неспособности свободно поддерживать коммуникацию со "здоровыми" людьми. Появляется ощущение отчужденности и разделения людей на "своих и чужих" по принципу наличия заболевания (рассеянного склероза). Такое выстраивание "барьера" негативно сказывается на межличностных отношениях и уменьшает возможную вероятность получения помощи и поддержки от окружающих. Болезнь представляется непреодолимой трудностью, непосильным вызовом, что приводит к ощущению собственного бессилия. Пациенты склонны к повышенной тревожности, вызванной невозможностью контролировать течение заболевания, а также к переоценке серьезности своих симптомов, высокой тревоге, связанной с фантазиями о неблагоприятном исходе: страх быть прикованным к инвалидному креслу, или утрате иных функций организма, приводящих к зависимости от окружающих.

Пациентам может быть трудно отстаивать свои границы, формулировать свои ценности, обозначать круг интересов. Это отражается и в коммуникации с лечащим врачом. Пациенту сложно принять решение относительно тактики лечения. Склонность к "перекладыванию ответственности" на врача при выборе терапии ПИТРС. Фактически пациент не способен конструктивно участвовать в беседе и принимать совместное решение. Также такие пациенты больше ориентируются на мнение окружающих и зачастую не способны адекватно оценить собственное состояние. Поэтому принятие решения осуществляется на основании того, что посоветуют другие пациенты, и/или значимые близкие, а не исходя из собственных убеждений, сформулированных на основании объективной информации, полученной от врача. Всё это может приводить к низкому комплаенсу и ухудшению течения заболевания. "Катастрофизация" симптомов ведёт к неадекватности в восприятии собственного состояния и как следствие к убежденности в негативном сценарии заболевания. Концентрация на своих негативных чувствах и убеждениях не позволяет пациентам адекватно оценивать происходящее.

По результатам опросника HADS всего 22,8 % пациентов основной и контрольной группы имели признаки клинически выраженной тревоги, тогда как симптомы депрессии встречались у 8,7 % пациентов (таблица 1). Субклиническое проявление тревоги встречалось у 18,1 % пациентов, а субклинические проявления депрессии у 14,2 %. По результатам сравнительного исследования тревоги и депрессии у пациентов с РС статистически достоверно более высокий уровень тревоги и депрессии наблюдался у пациентов основной группы, тогда как у пациентов контрольной группы уровни тревоги и депрессии варьировали от низких до умеренных значений.

Полученные данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи между психологическими особенностями личности и риском развития ПТСР. У пациентов основной группы чаще встречались симптомы клинически значимой тревоги и депрессии, в связи с чем можно предположить, что развитие симптомов ПТСР зачастую ассоциировано с коморбидными психическими расстройствами. Тяжесть клинических проявлений данных расстройств

зависит не столько от проявлений основного заболевания, сколько от отношения к заболеванию и имеющихся адаптационных ресурсов.

Таким образом, полученные результаты могут быть использованы для совершенствования комплексной диагностики коморбидных психических заболеваний и разработки персонализированной терапии пациентов с рассеянным склерозом. Раннее выявление пациентов, относящихся к группе риска развития ПТСР, необходимо для своевременного оказания психологической и/или психотерапевтической помощи, что способствует мобилизации имеющихся ресурсов, повышению качества жизни и приверженности проводимой терапии.

**ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У ПАЦИЕНТОВ С
РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ (НА ПРИМЕРЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКИХ ТЕКСТОВ)**

Ахметзянова Э.М., Трегубенко И.А.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Санкт-Петербург

**Psycholinguistics Analysis of Schizophrenia Spectrum Disorders Patients' and Bipolar Affective
Disorder Patients' Writing Speech (on the Example of the Autobiographical Texts)**

Akhmetzyanova E.M., Tregubenko I.A.

Нарушения речи при диагностике заболеваний – один из критериев, выделенный и в МКБ, и в DSM, но их описание часто носит субъективный характер. Как известно, именно в речи наиболее отчетливо проявляются такие нарушения мышления, как разорванность, соскальзывания, бессвязность, резонерство, которые информативны при диагностике расстройств шизофренического спектра (РШС). Однако достаточно мало исследований, в которых для диагностики психической патологии используются объективные лингвистические критерии.

Использование биографических текстов для исследования продиктовано мнением, что особенности автобиографической памяти соответствуют особенностям клинической картины психических заболеваний. Исследований, посвящённых анализу автобиографических текстов у пациентов с шизофренией, достаточно мало, хотя, согласно исследованиям Ю. Ф. Полякова, нарушение актуализации прошлого опыта, относящейся к функциям автобиографической памяти и выражающейся в повествовательной автобиографической речи, – одно из ведущих нарушений при шизофрении. Для уточнения данного предположения необходимо исследовать особенности автобиографических текстов и у представителей других нозологических групп, в частности при биполярном аффективном расстройстве.

Цель. Выявление психолингвистических особенностей письменной речи у пациентов с шизофренией в сравнении с особенностями письменной речи у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

Материалы и методы. Общая выборка испытуемых составила 45 человек и была разделена на 2 группы:

1. Экспериментальная группа – 35 пациентов, страдающих шизофренией (F20 по МКБ-10) в возрасте от 22 до 68 лет, средний возраст – $35,2 \pm 9,7$ лет. Среди них 17 женщин, 18 мужчин. Преимущественный уровень образования: высшее (16 человек) и среднее специальное (15 человек).

2. Группа сравнения – 10 пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством (F31 по МКБ-10) в возрасте от 22 до 63 лет, средний возраст – $41,2 \pm 13,7$ лет.

Группу составили 6 женщин и 4 мужчины. Преобладающий образовательный уровень: высшее образование (8 человек).

Критерии включения пациентов в исследование: подтвержденный врачом-психиатром диагноз (F20 или F31), возраст от 18 лет, отсутствие сопутствующей органической патологии, отсутствие когнитивного дефицита и эмоционально-волевого дефекта (для ЭГ). При работе с испытуемыми, обработке данных использовались методы:

- Экспертных оценок (постановка диагноза врачом-психиатром, заключение психолога по результатам ЭПИ).
- Клинико-психологический (наблюдение, беседа, анализ истории болезни).
- Экспериментально-психологический
- Исследование ранних воспоминаний (письменный текст).
- Исследование ярких воспоминаний (устный текст).
- Психолингвистический метод:
- Лингвостатистический анализ.
- Структурно-семантический анализ.

Семантический анализ проводился по заранее выделенным, строго формализованным показателям: количество фигур (нет ни одной фигуры – показатель «нулевая фигура», только одна фигура, больше одной фигуры), область распределения «Другого» (субъект высказывания – не сам испытуемый, а в реме содержится предикат: внешний – распространенная предикативная часть или одиночный внешний предикат; внутренний – одиночный внутренний предикат, внутренний предикат, обращенный на самого испытуемого, распространенная предикативная конструкция), определение позиции героя (позиция активная: наличие цели действия, общее описание действий, действия, нарушающие установленные правила, напрасные усилия – субъект речи посредством своих действий не достигает цели; позиция пассивная: отсутствие действий вообще, созерцание – наблюдение за действиями других, за внешней обстановкой, безнадежность – субъект речи не предпринимает вообще никаких действий для достижения цели).

- Математической статистики: U-критерий Манна-Уитни, Точный критерий Фишера.

Для статистической обработки был произведен сравнительный анализ (программа STATISTICA 8): сравнение текстов пациентов с РШС с текстами КГ для выявления различий по формальным лингвистическим показателям (U-критерий Манна-Уитни); сравнение текстов пациентов с шизофренией и текстов пациентов с БАР для выделения различий по структурно-семантическим характеристикам (Точный критерий Фишера).

Результаты исследования и их обсуждение. 1. Различия формальных лингвистических показателей в письменной речи пациентов с РШС и БАР (по U-критерию Манна-Уитни). В письменной речи пациентов с шизофренией количество числительных выше, чем в текстах пациентов КГ ($p=0,02$), что позволяет охарактеризовать письменную речь пациентов с РШС как фактологичную, формальную. Можно предположить, что письменная речь пациентов с БАР в большей степени, чем у пациентов с шизофренией, ориентирована на коммуникацию. Данное предположение основано на количестве отглагольных форм, которые значимо чаще присутствуют в текстах КГ ($p=0,003$) и несут в себе как коммуникативную, так и описательную функции.

2. Различия между письменными текстами пациентов с РШС и БАР по содержательным характеристикам (по точному критерию Фишера). В текстах пациентов с шизофренией можно отметить слабое в сравнении с КГ позиционирование действующего лица. Такая слабость проявляется как в активной, так и в пассивной, созерцательной позиции ($p=0,01$), что, вероятно, указывает на общую инактивность пациентов с РШС. В текстах ЭГ Тексты пациентов с биполярным аффективным расстройством характеризуются большей активностью субъекта высказывания, представленной общим описанием происходящих

событий ($p=0,00001$) и напрасными усилиями для достижения какой-либо цели ($p=0,04$). Для нас может быть информативным, что в текстах пациентов с РШС значимо чаще встречается нулевая фигура ($p=0,02$) – отсутствие действующего лица. С патопсихологической точки зрения, отсутствие фигуры в тексте может возникать вследствие искажений мышления по формальному типу, свойственных данной группе. Также данное явление можно рассматривать с позиций культурно-исторической концепции – нарушение структуры «Я» может приводить к расстройству репрезентации «Другого», в итоге, не остается фигуры, которая могла бы быть вынесенной вовне, в высказывание, потому что в самом сознании ни собственная идентичность, ни социальная фигура также не представлены. В рамках анализа содержания привлекает внимание характер распределения «Другого» в текстах ЭГ и КГ. Пациенты с БАР значимо чаще упоминают в своих письменных текстах внутренние переживания и мысли других людей ($p=0,0008$), а также более развернуто и детально описывают внешние характеристики поведения, действия окружающих ($p=0,00001$), что, вероятно, связано с большей включенностью пациентов с биполярным аффективным расстройством в социальные отношения в отличие от пациентов с шизофренией, которые представляются более социально отчужденными.

Закключение. Письменная речь пациентов с расстройствами шизофренического спектра в отличие от пациентов с биполярным аффективным расстройством более формализована, в меньшей степени ориентирована на взаимодействие и коммуникацию, отражает их социальную отчужденность и пассивность. В письменной речи пациентов с шизофренией чаще отсутствует действующее лицо.

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

Diagnostics of suicidal tendencies in adolescents

Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.

Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения. Реакция родителей, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме (Абдуллаева В.К., 2020). Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности (Жукова Н.Ю., 2017).

Цель исследования: изучить личностные особенности подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: в группу исследования вошли 61 подросток в возрасте 15–19 лет с наличием суицидальных тенденций депрессивного генеза. Для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга.

Результаты и обсуждения: Обследовано 61 подросток, 44 мальчика и 17 девочек со средним возрастом 16,9±1,48, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Согласно нозологическому распределению острая реакция на стресс была выявлена в 4 (6,6%) случаях, смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения) – в 3 (4,9%), расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения – в 2 (3,3%), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации – в 2 (3,3%), посттравматическое стрессовое расстройство – у 1 (1,6%) пациентов, расстройство поведения в рамках семьи- у 1 подростка (1,6%), несоциализированное расстройство поведения было выявлено в 16 (26,2%) случаях, социализированное расстройство поведения было выявлено в 30 (49,2%) случаях, депрессивное расстройство поведения – у 2 (3,3%) пациентов. У всех обследованных подростков при психометрическом исследовании с помощью шкалы Цунга установлены расстройства аффективной сферы- депрессивные состояния легкой степени в 11,47% случаев (7 пациентов), умеренной степени тяжести- в 55,7% случаев (34 пациентов), депрессия тяжелой степени выявлена у 20 подростков (32,8% случаев). Психометрическое тестирование по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидального риска проводилось в период выхода пациентов из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. При оценке ответов на вопросы были получены следующие результаты: пассивные суицидальные мысли выявлены у 5 подростков (8,19% случаев), активные неспецифические мысли о самоубийстве (мысли о том, чтобы убить себя при отсутствии размышлений о конкретных способах) – у 8 подростков (13,11% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 14 подростков (22,95% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана - у 12 подростков (19,67% случаев), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением – у 22 (36,06%) пациентов. Нами было изучено распределение суицидальных идей в зависимости от личностных особенностей подростков. Анализируя полученные результаты, определено, что актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением преимущественно наблюдаются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера в то время, как у истероидных акцентуантов в большей степени отмечаются пассивные суицидальные идеи и активные неспецифические мысли о самоубийстве. Данные исследования свидетельствуют о статистически достоверном преобладании пассивных и активных неспецифических суицидальных идей у личностей истерического склада (19,7%) по сравнению с другими характерологическими типами. Обращало на себя внимание отсутствие актуальных суицидальных идей с конкретным планом действий у истерических личностей. Личности с другими преморбидными особенностями (психастеническими, гипертимными, неустойчивыми) были представлены единичными наблюдениями, что затрудняло их статистическую оценку, но косвенным образом свидетельствовало об относительной редкости формирования суицидальных тенденций у подростков с такими типами характера. Корреляция тяжести суицидальных идей с преморбидными типологическими особенностями личности была статистически значимой и средней по силе ($C=0,43$, $p < 0,001$).

Выводы: Обобщая полученные результаты, определили, что наиболее суицидоопасные мысли в плане риска совершения самоубийства формируются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера, для подростков с лабильной акцентуацией характера в большей мере свойственно развитие актуальных суицидальных идей, включая размышления о способе самоубийства.

О ПРИМЕНЕНИИ ТЕОРИИ ОТНОШЕНИЙ В.Н.МЯСИЩЕВА В КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Багненко Е.С.

Институт Красоты ГАЛАКТИКА

Санкт-Петербург

About using V.N. Myasishchev theory of relations in cosmetology clinic

Bagnenko E.S.

Одной из теоретических основ медицинской психологии является концепция В.Н. Мясищева (1960). Нарушения системы отношений личности могут выступать как этиологический и как патогенетический факторы развития ряда нервно-психических заболеваний и состояний психической дезадаптации. Центральным звеном нарушений системы значимых отношений является эмоционально неблагоприятное отношение к себе и связанное с ним нарушение самооценки (Исурина Г. Л. и др., 1994; Болезнь и здоровье / Под общ ред Н.Г. Незнанова, 2019). Эта проблема применительно к пациентам косметологической клиники остается мало изученной, хотя очевидно, что отношение к своей телесности при наличии косметологического дефекта может резко изменить всю систему социальных отношений и качество жизни пациента. Специально проведенное исследование нозогенных реакций пациентов косметологической клиники показывает реальный риск развития у них невротических и преневротических расстройств (Багненко Е.С., 2011), связанных с изменением отношения к себе и референтному окружению.

Цель исследования: изучение самооценки и отношения к себе женщин с различными косметологическими проблемами кожи лица.

Материалы и методы. Исследовано 110 женщин, обратившихся в Санкт-Петербургский Институт красоты в связи с дефектами кожи лица. Средний возраст $35,64 \pm 1,11$ лет. Распределение по диагнозам: 23,6% – гравитационный птоз; 33,6% – мимические морщины; 17,3% – акне; 25,5% – дегидратация кожи лица. Средняя длительность проблемы – 20,2 месяца. Использовались авторское структурированное интервью и психодиагностические методики «Личностный дифференциал», визуально-аналоговая шкала (ВАШ) (модифицированная шкала самооценки С.Я. Рубинштейн, 1999), а также статистические методы и критерии: χ^2 Пирсона, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), Т-критерий Уилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Статистический анализ данных интервью не выявил значимых различий между диагностическими группами по показателю «Отношение к себе как личности»: 63,6% отмечали некоторую неудовлетворенность своими характерологическими качествами, способами эмоционально-личностного реагирования, особенностями поведения и социально-психологической адаптации. Наиболее высокий процент таких лиц – в группах с диагнозами «гравитационный птоз» (73,1%) и «акне» (73,7%). При исследовании отношения к своему физическому «Я» большинство исследованных женщин (62,7%) отмечают «некоторую неудовлетворенность». Процент лиц, полностью неудовлетворенных своей телесностью, составляет 4,5% и превосходит соответствующий процент лиц, неудовлетворенных своими личностно-психологическими качествами (1,8%). Самое неблагоприятное отношение к своему физическому «Я» отмечается в группе с диагнозом «гравитационный птоз». Половина исследованных женщин (50,0%) не уверены в своей внешней привлекательности; максимальный процент таких женщин (73,17%) отмечается в группе с диагнозом «гравитационный птоз», что может быть связано с фактором возраста: в этой группе 65,4% составляют лица 46 лет и старше.

Изучение структуры и динамики самооценки показало во всех четырех диагностических группах по всем изученным параметрам самооценки («ум», «характер», «внешность», «здоровье») при использовании 10-градусной ВАШ оценки ниже среднего (ниже 5). Это указывает на генерализованный (а не локальный, касающийся только внешности) характер снижения самооценки у женщин, обратившихся за косметологической помощью. Результаты динамического исследования женщин, проходивших длительный курс косметологического лечения (более трех месяцев), показали статистически значимое повышение всех параметров самооценки в период «после лечения» по сравнению с периодом «до лечения».

При изучении Я-концепции (методика ЛД) выявляемое в начале лечения статистически значимое расхождение между показателями Я-реальное и Я-идеальное по факторам Оценки, Силы, Активности сохраняется и по окончании косметологического лечения. Это свидетельствует об относительной устойчивости Я-концепции изученных женщин, ее возможной обусловленности глубинными психологическими, а не внешними, ситуационными факторами, связанными, в частности, с улучшением внешности в процессе косметологического лечения.

Заключение. В процессе косметологической коррекции происходят положительные изменения самооценки, касающиеся не только принятия своей внешности, но также своих интеллектуальных возможностей, личностно-характерологических свойств и уровня здоровья. При этом большинство пациенток, особенно с диагнозом «гравитационный птоз», нуждаются в не только квалифицированной врачебно-косметологической помощи, но и психологической помощи, потребность в которой определяется их личными проблемами. В таких случаях положительный потенциал взаимоотношений врача-косметолога и пациента может использоваться в качестве особого психотерапевтического средства (Ташлыков В. А., 1984).

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

Social factors in development of internet addiction in adolescents

Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K., Babarakhimova S.B.

В условиях самоизоляции и длительного нахождения на карантине, внедрения в широкую практику дистанционного обучения в онлайн-режиме большинства школ, лицеев и колледжей способствует длительному пребыванию обучающейся молодежи в кибернетической среде виртуального пространства Интернета. Однако и у дистанционного обучения существуют, как и преимущества, так и свои недостатки, приводящие к развитию психоэмоциональных изменений у детей и подростков. Цель исследования: изучить влияние стилей родительского воспитания на формирование интернет-аддикции у подростков с учётом их личностных характеристик и уровня нарушений психоэмоциональной сферы для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения. Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 86 подростков в возрасте от 15 до 17 лет. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования психоэмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-

Ханина. С целью определения характерологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье- 17%, 23% - в социально неблагоприятной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37% подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. Значительная часть подростков отличалась асоциальными проступками, как ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление психоактивных веществ. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам исследования было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. Ребёнок в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе в результате безнадзорности и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишённой ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по эмоционально лабильному и психоастеническому типу развития. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того, таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет- пространства, изучать загружаемый контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48% исследуемых подростков.

У 10% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию, что свидетельствует о значительных изменениях в психоэмоциональном статусе. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО А.Е. Личко было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10%), психастенический тип личности определен у 22 подростков (25,5%), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом. Длительное нахождение в виртуальной сети подростков приводит к развитию тревожности, депрессивной симптоматике, при попадании неустойчивых и мнительных подростков под влияние кураторов кибернетических игр суицидального контента и к формированию аутодеструктивного поведения, крайней формой проявления которого являются детско-подростковые самоубийства.

Выводы: таким образом, проведенное исследование установило, что стили семейного руководства и семейных взаимоотношений способствуют формированию склонности к развитию интернет-аддикции у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими чертами характера, которые воспитываются в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям. Семья является важнейшим фактором на пути формирования интернет-зависимого поведения и раннее выявление дисфункциональных семейных взаимоотношений способствует превенции интернет аддиктивного поведения у детей и подростков. Полученные результаты исследования могут быть использованы в практическом здравоохранении для предупреждения развития нехимических аддикций.

**КОРРЕКЦИЯ ПРОГРАММЫ КОГНИТИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19 НА
ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПРОФИЛЕЙ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Бельцева Ю.А., Гомзякова Н.А., Залуцкая Н.М.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Санкт-Петербург

**Correction of the program of cognitive training of patients after Covid-19 based on the
analysis of the profile of neurocognitive impairments**

Beltceva I.A., Gomzyakova N.A., Zalutskaya N.M.

По мере того, как во всем мире растет количество людей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, увеличивается и число пациентов, обращающихся за медицинской помощью в связи с отдаленными последствиями заболевания, в том числе, неврологическими и психопатологическими симптомами. Известно, что коронавирус обладает нейротропизмом, у пациентов в острой фазе заболевания нередко отмечаются нейропсихиатрические и нейрокогнитивные симптомы. Многие исследователи указывают, что когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19, выявляются и в структуре постковидного синдрома. В период от 2 до 6 месяцев с момента установления диагноза когнитивное снижение, по данным мета-анализа T. Nasserie (2021), выявляется у 17.6% (доверительный интервал 15.0%-21.6%) пациентов.

Пожилые пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, составляют группу риска персистенции нейрокогнитивных расстройств. Предполагается, что воспалительный статус после инфекции SARS-CoV-2 может способствовать повреждению нейронов и ускорять процессы нейродегенерации.

Восстановительный период у всех протекает индивидуально и зависит от тяжести состояния в остром периоде, но в течение 6 месяцев после выздоровления пациенты могут испытывать множество физических, неврологических и психических проблем. Они выражают своё беспокойство из-за возникших проблем с когнитивным функционированием, в частности с памятью, вниманием, общей утомляемостью и замедленностью психических процессов. Наряду с медикаментозной терапией, помощь в восстановлении и поддержании когнитивных функций может быть оказана посредством комплексной тренировки познавательных процессов.

Исходя из вышеизложенного, актуальной задачей является изучение нейропсихологического профиля когнитивных нарушений в постковидном периоде с целью адаптации для данной категории пациентов широко применяемого в практике метода восстановительных тренировок когнитивных функций, разработка подходов к лечению и реабилитации когнитивного дефицита после перенесенной коронавирусной инфекции.

Целью настоящего исследования являлось проведение анализа профиля когнитивных нарушений пожилых пациентов, обращающихся за помощью в связи с нарушениями познавательных функций, возникшими после перенесенной новой коронавирусной инфекции, и адаптация для данной категории пациентов широко применяемого в практике метода восстановительных тренировок когнитивных функций.

Материалы и методы. В качестве методологического подхода к когнитивной реабилитации были приняты принципы отечественной школы нейропсихологии А.Р. Лурии, методические рекомендации по проведению когнитивного тренинга у пациентов с умеренным когнитивным расстройством (УКР) И.Ф. Рощиной. Были обследованы пациенты в возрасте от 55 лет, предъявляющие жалобы на когнитивные нарушения (снижение памяти, нарушения внимания, трудности в ориентировке, быструю утомляемость при умственной работе), возникшие после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Обследование проводилось однократно после получения согласия пациента. Основными методами являлись клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический, для унифицированной оценки когнитивных функций использовалась Монреальская когнитивная шкала, для оценки выраженности тревожно-депрессивной симптоматики применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Все включенные в исследование пациенты перенесли лабораторно подтвержденную инфекцию COVID-19. При проведении настоящего исследования временной период, прошедший после перенесенного заболевания, не ограничивался. Из исследования исключались пациенты, имевшие ранее клинически значимые когнитивные нарушения, а также перенесшие на фоне коронавирусной инфекции нарушения мозгового кровообращения.

Было обследовано 30 пациентов, медиана возраста составила 76 лет (нижний квартиль Q25=68, верхний квартиль Q75=85), из них 17,9% мужчины (доверительный интервал $p=0,05$ – 7,4% - 36,1%) и 82,1% (ДИ 63,9 – 92,6%) женщины. Высшее образование имели 46,4%, среднее специальное – 46,4%.

У 6 обследованных пациентов (20%, ДИ 9,1-37,7%) помимо когнитивных нарушений был выявлен клинически значимый тревожно-депрессивный синдром, у 7 пациентов (23,3%, ДИ 11,5-41,2%) симптомы тревоги и депрессии на момент осмотра находились на субклиническом уровне. Большинство обследованных пациентов также предъявляли жалобы на неуверенность и шаткость при ходьбе (56,7%, ДИ 39,2-72,6%) и головокружения (53,3%, ДИ 36,1-76,8%), несколько менее распространенными оказались жалобы на общую слабость и утомляемость (43,3%, ДИ 27,4-60,8%) и на боли различной локализации (36,7%, ДИ 21,8-54,6%). У всех обследованных пациентов была выявлена сопутствующая соматическая патология, медиана индекса коморбидности Чарлсона составила 4 (Q25= 3; Q75=5).

Результаты и обсуждение. При оценке когнитивного функционирования при помощи Монреальской когнитивной шкалы (MoCA) снижение общего балла до 25 и менее (ниже нормального уровня) было выявлено у 76,7% (ДИ 58,8-88,5%) обследованных, медиана для выборки составила 24 балла (Q25=20, Q75=27, минимум 14, максимум 30 баллов). Статистически значимое снижение наблюдалось в доменах зрительно-конструктивных навыков (медиана 3,5 балла, Q25=2, Q75=4, норма 5, преимущественно за счет теста последовательного соединения букв и цифр и теста рисования часов), речи (медиана 2 балла, Q25=1, Q75=3, норма 3, преимущественно за счет снижения фонетической беглости речи и памяти – воспроизведения 5 слов после гетерогенной интерференции (медиана 3 балла, Q25=1, Q75=5, норма 5). При оценке номинативной функции речи, понимания сложных лексико-грамматических конструкций, абстрагирования, внимания и ориентировки статистически значимых отклонений выявлено не было.

65% (ДИ 43,2-82%) обследованных пациентов обратились за помощью в срок от 2 до 6 месяцев после перенесенной инфекции, 35% пациентов (ДИ 18,0-56,8%) перенесли коронавирусную инфекцию более полугода назад. При сравнении двух подгрупп, выделенных в зависимости от временного интервала между перенесенной коронавирусной инфекцией и моментом обследования, обращают на себя внимание более выраженные когнитивные нарушения у пациентов, переболевших более 6 месяцев назад: медиана общего балла по шкале MoCA в первой подгруппе составила 25 баллов (Q25=24, Q75=27), во второй подгруппе – 19 баллов (Q25=18, Q75=23), преимущественно за счет субтеста воспроизведения пяти слов после интерференции (в подгруппе переболевших за 2-6 месяцев до обследования медиана составила 4 балла, Q25=3, Q75=4, во второй подгруппе - 1 балл, Q25=0, Q75=0), указанные различия статистически значимы при $p<0,05$. Дизайн проведенного исследования не позволяет сделать однозначные выводы о причинах более выраженного когнитивного снижения во второй подгруппе, тем не менее,

данная тенденция указывает на возможность персистирования и прогрессирования нейрокогнитивного дефицита более полугода после перенесенной острой инфекции COVID-19, и подчеркивает высокую степень актуальности активных терапевтических и реабилитационных вмешательств в отношении данной группы пациентов.

Заключение. Проведение тренировок для пациентов с “постковидным синдромом” основано на методологии когнитивного тренинга для лиц с умеренным когнитивным расстройством, но должно учитывать наличие у данных пациентов астении и физических ограничений (одышка). Целесообразно включать в программу когнитивной тренировки упражнения, стимулирующие восстановление зрительно-конструктивных навыков, произвольной памяти, навыков целеполагания и самоконтроля, а также речевой активности пациента, способствующие активной реабилитации в наиболее уязвимых когнитивных доменах.

О МЕТОДОЛОГИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Бобров А.Е.

НМИЦ ПН им. ВП. Сербского

Москва

On the methodology and differentiation of the psychotherapy

Bobrov A.E.

Психотерапия - ключевой элемент персонализированной психиатрической помощи. Однако ее внедрение осложнено рядом организационно-кадровых, технологических и методологических препятствий. Дефицит квалифицированных психотерапевтов, высокие трудозатраты, а также влияние субъективных факторов приводит к тому, что в медико-психиатрическом сообществе превалирует недостаточное понимание сущности психотерапии. Учитывая это, целесообразно рассмотреть некоторые методологические вопросы применения данного метода.

Традиционная психиатрическая практика во многом опирается на нозографическую и синдромальную квалификацию психических расстройств, а оценка результатов лечения базируется на концепции симптомов и синдромов мишеней. При таком подходе позитивная терапевтическая динамика рассматривается как совокупность «эффектов устранения». Однако это приводит к тому, что клиницисты нередко игнорируют эффекты восстановления, недооценивают плацебо/ ноцебо-реакции и не учитывают значительную роль личностных сдвигов, а также когнитивно-стилевых изменений, возникающих в процессе лечения.

В противоположность этому психотерапия нацелена на установление и коррекцию устойчивых дезадаптирующих стилей поведения и психологических реакций. Расстройства психики интерпретируются в психотерапии как экстремальные или девиантные формы естественных психофизиологических процессов. Их «патологичность» рассматривается в тесной связи с несоответствием психологического существования личности окружающей среде. Этим психотерапия качественно отличается от доминирующего в клинической психиатрии подхода, при котором психические заболевания воспринимаются как специфические нозологические «сущности» и несводимые к норме патологические процессы.

Парадокс психотерапии заключается в том, что, адресуясь «как бы» к сознанию через процедуры регламентируемого межличностного взаимодействия, она приводит к изменениям функционирования биологических систем организма. Нетрудно видеть, что за этим парадоксом стоит психофизиологическая проблема, которая на самом деле является

«всего лишь» отражением различия категориального описания одних и тех же информационных процессов в разных теоретических дискурсах: медико-биологическом и психосоциальным.

Для преодоления этого дуализма следует принять тот факт, что адаптация организма происходит за счет изменения его поведения, которое обеспечивается перенастройкой его различных физиологических функциональных систем. При этом результат изменений поведения влияет не только на само поведение (например, в виде оперантного обусловливания), но и на поддерживающие его функциональные системы.

Теоретически эффекты психотерапии опосредованы функциональными системами, отвечающими за когнитивную сферу и поведение. Немаловажное значение имеет также то, насколько эти системы взаимосвязаны с регуляторными механизмами гомеостаза. Поэтому вышеуказанная обратная связь между поведением и состоянием организма существенным образом влияет на непрекращающееся развитие мозга и других систем тела.

Что же касается собственно когнитивной сферы, то, как очевидно для любого практикующего специалиста, психотерапия адресуется к специфическим репрезентациям индивидуального опыта (воспоминаниям, фантазиям, ожиданиям, отношениям, схемам, установкам и т. п.). Совокупности этих репрезентаций в когнитивной теории часто обозначаются как семантические конструкты. Эти конструкты могут в той или иной степени осознаваться индивидуумом и вербализоваться, а могут не осознаваться и, соответственно, не получать вербального обозначения. Они ответственны за оценку объектной реальности, интерпретацию ситуационных контекстов и поддержание «Я»-концепции. Сложная и развитая система смыслов диалектически порождает самосознание.

Формирование сбалансированной системы смысловых конструктов, позволяющей адекватно отражать и взаимодействовать с окружающим миром, по существу, и является главной задачей психотерапии. При этом переформатирование устаревшей патологизирующей смысловой сферы сопровождается рядом глубоких изменений в функциональных системах, ответственных за процессы познания. Усложнение семантической системы личности, повышение ее пластичности и расширение осознаваемой и вербализуемой части характеризует положительный эффект любого психотерапевтического вмешательства. Говоря другими словами, психотерапия способствует повышению осмысленности и субъектности деятельности человека.

Раскрыть особенности психотерапии позволяет изучение ее основных типов. Вслед за Т.В. Karasu (1990) целесообразно выделять три основные разновидности психотерапии: психодинамическую, когнитивно-поведенческую и интерперсональную.

Чем в принципе отличаются эти типы психотерапии? Основное различие между ними состоит в том, в каком направлении проводится работа со смысловыми конструктами. Так, психодинамическая психотерапия ориентирует на постепенную содержательную трансформацию личностных смыслов, которая наиболее ярко проявляется в катарсисе и инсайтах. Используемые в рамках указанного подхода техники (конфронтация, прояснение, интерпретация и проработка) имеют своей целью видоизменение и субъективное осознание важнейших смысловых образований личности, их переоценку и переподчинение. Тем самым закладываются условия для созревания и развития всей когнитивной системы: ее дифференциации, структуризации и увеличения пластичности. Переформатирование глубинных оценочных семантик, по всей видимости, создает условия для более полного опосредования инстинктивно-эмоциональных реакций индивидуума. Важную роль в этом играет вербализованное осознание под влиянием контекстов трансферентных отношений довербальных инфантильных смысловых образований.

Рассмотрение когнитивно-поведенческой модели показывает, что она в большей степени ориентирована на оптимизацию способов осознания взаимосвязей между вербализируемыми смыслами и оперирование ими. За счёт этого достигается выделение и осознанное преодоление патологизирующих когнитивных схем и поведенческих стереотипов. При таком психотерапевтическом подходе делается упор не столько на содержание смысловых репрезентаций, сколько на выявление и целенаправленное изменение взаимосвязей между ними. Конечной целью когнитивно-поведенческой терапии является увеличение гибкости и сложности мышления и поведения на основе преодоления иррациональных ошибок суждения, коррекции дисфункциональных когнитивных правил и формирования адаптивных метакогнитивных навыков. Тем самым когнитивно-поведенческая терапия способствует повышению конструктивного самоконтроля, дифференцировке, осознанности и саморегуляции психической деятельности.

Интерперсональная психотерапия имеет дело с надличностными смыслами. Она адресуется к межперсональным проблемам, а также отношениям личности с социальной средой в целом. Ключевые темы интерперсональной терапии – утрата, межличностные конфликты и ролевые переходы, а также одиночество. Трансформация индивидуальных смыслов у пациентов происходит при интерперсональной терапии путем их наполнения смыслами окружающих людей, а также надличностными смысловыми контекстами. Этот эффект закрепляется в ходе тренинга социальных и коммуникативных навыков, который способствует реконструкции вербальных и невербальных семантических образований. Говоря кратко, психодинамическая модель нацелена на содержательное обогащение личностных смыслов, когнитивно-поведенческая – на проработку их операционально-стилевых характеристик, а интерперсональная – на развитие надличностных смысловых структур и контекстов.

Указанные особенности ведущих психотерапевтических направлений позволяют дифференцированно применять соответствующие методические приёмы с учетом состояния пациента в каждом конкретном случае. В то же время они предоставляют возможность по-новому переосмыслить место психотерапии в лечебном процессе и подойти к разработке интегративной модели лечения психических расстройств.

ЖИВОПИСЬ В АРТ-ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Бочарова Е.А.

Северный государственный медицинский университет

Архангельск

Painting in art therapy and burnout prevention

Bocharova E.A.

Терапия искусством относится к эффективным методам психотерапии. Занятие творчеством может играть как терапевтическую, так и профилактическую роль. Большое внимание в настоящее время уделяется проблеме профилактики эмоционального профессионального выгорания. Последний рассматривается как выработанный личностью механизм психологической защиты в ответ на долговременную стрессовую реакцию и стереотип эмоционального поведения. Возникновению синдрома эмоционального выгорания способствуют не только социальные и профессиональные факторы, но и индивидуальные психологические особенности. Среди последних: высокий самоконтроль, склонность к тревоге и депрессии, высокая ранимость, ригидность, неуверенность, трудности в принятии решения и пр. Профилактика эмоционального выгорания должна

быть многоуровневой. Задачи личностного и межличностного уровней успешно могут решаться с помощью искусства.

На кафедре психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета уже много лет практикуется арт-терапевтический метод лечения психических расстройств и коррекции психологических проблем: творчество душевнобольных, арт-терапия детей на базе Архангельского музея изобразительных искусств, арт-терапия детей, посещающих специализированные коррекционные образовательные учреждения. Этот метод позволяет использовать искусство как в экспрессивном творческом варианте, когда пациенты рисуют сами, так и в импрессионном, при восприятии готовых произведений. Ценен опыт работы студенческого жюри в ежегодном конкурсе творческих работ детей с ограниченными возможностями здоровья, проводимого в Архангельской областной детской библиотеке им. А.П. Гайдара.

В последние несколько лет сотрудники университета развивают такую форму терапевтического обращения к искусству, как использование приемов профессиональной живописи с целью профилактики эмоционального выгорания. Проводятся мастер-классы по масляной и акварельной живописи, в которых участвуют сотрудники университета, студенты, все желающие.

Мы видим цель таких мастер-классов – дать как теоретические знания по основам живописи, так и практические умения и навыки, для того, чтобы каждый желающий мог быть в роли профессионального художника. Сегодня информационные технологии дают возможность познакомиться с опытом написания картин от многих художников со всего мира. Очень много желающих учиться и писать свои произведения профессионально. Многие из них успешны.

Особенностью нашей работы является то, что мы соединяем профессиональные знания о живописи, технику написания картин с психологией и психотерапией. В своей работе мы ориентируемся на учение гуманистической психологии, разработанное А. Маслоу. Творческую сторону в развитии и самопознании человека он считал приоритетной. Автор описал типы поведения, ведущие к вершине известной пирамиды потребностей: интенсивный интерес; открытие себя новому опыту; независимость от мнения других; принятие ответственности за свои действия; развитие своих способностей; пик переживаний. Это то, что лежит в основе профилактики эмоционального выгорания.

Участие в мастер-классах дает возможность побыть в роли профессионального художника и эмоционально погрузиться в процессы написания картины и познания, понимания, открытия себя и своих возможностей. Личный опыт психотерапевта, ведущего мастер-классы, и опыт участников позволил выделить ряд психологических факторов, имеющих профилактическую направленность. При этом техника живописи (масляными или акварельными красками) может играть существенную роль в решении определенных психологических трудностей и проблем.

Так, масляная живопись дает человеку возможность отдыхать от проблем, переключаться, снимать усталость, улучшать настроение, радовать себя, получать удовольствие, радовать других. Пожалуй, самое важное, с чем сталкивается начинающий художник – это удивление и радость, что у него получается. Уже с первых встреч он может всё это прочувствовать. Это сильный стимул для дальнейших занятий любимым делом.

Акварель – одна из самых сложных техник. Не каждый решается писать картины в акварельной технике. Из перечисленных выше возможностей на первый план выходят переключение, удивление возможностям акварели (в общеобразовательной школе нас не так учили), изучение себя. «Легкая, нежная, прозрачная, воздушная, трудная, неподдающаяся, растекающаяся, своенравная». Так отзываются об акварели и профессиональные художники, и художники-любители, и начинающие свой путь в

живописи ученики. Акварельная техника, требующая смелости, свободы, раскрепощения, отпускания самоконтроля, пожалуй, является одним из лучших способов преодоления перфекционизма.

Занимаясь живописью, художник неизбежно сталкивается и с негативными эмоциями. Чувства, которые может испытывать человек в случае неудачи исполнения замысла: досада, обида, гнев, разочарование. Психологические знания помогают осознать, пережить и принять их. Творчество в дальнейшем мотивирует на преодоление неудач, трудностей, позволяет вернуться к сложной теме снова и снова. По законам психологии этот опыт переносится и на другие сферы жизни. Творчество учит справляться с разочарованием: или совершенствоваться, или пересмотреть критическую оценку себя, изменить отношение к своему результату. Очень возможно, что второй вариант подскажет любимые техники и, как итог, свой стиль написания картин.

Занятие живописью позволяет переключаться. Иногда нужно сделать усилие для переключения. Напряжение на работе, стрессы в повседневной жизни не дадут расслабиться, если только не сфокусировать внимание на отдых. Хобби, увлеченность каким-либо делом помогают в этом. На любимое занятие всегда не только можно, но и необходимо выделять время. Переключению способствует и то, что живопись требует определенных знаний, нередко планирования на холсте или бумаге будущего произведения, продумывания и исполнения определенной техники. Так, большинство акварельных картин можно сравнить с серьезным интеллектуальным трудом, пренебрегая которым можно совершить ошибку и не осуществить свой замысел.

Важно создать атмосферу безопасности. Прежде всего, мы рекомендуем найти поддержку в семье, независимо от возраста. К сожалению, бывает, что члены семьи, кроме детей, не одобряют занятия живописью взрослого человека, считают это «детским» занятием. В таком случае важно найти единомышленников и тех, кто искренне интересуется и поддерживает начинание.

Ещё один мотивирующий к совершенствованию и повышающий самооценку фактор – это участие в выставках. Яркой особенностью занятия живописью является то, что рано или поздно возникает желание показать свои произведения за пределом узкого круга. Грамотно организованная и хорошо продуманная выставка является кульминацией определенного этапа творчества и вполне может выполнить задачи психологического тренинга в помощи решения ряда индивидуальных проблем: повысить самооценку, преодолеть страх, начать что-то делать и т.п.

Таким образом, психологические и художественные знания, переданные на таких мастер-классах по живописи, переживаемые чувства при погружении в творчество выполняют роль арт-терапии и дают возможность профилактически предупредить эмоциональное выгорание.

**МЕСТО ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ МЕТОДОВ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С АУТОХТОННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Бутома Б.Г., Коцюбинский А.П., Степанова А.В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени

В.М. Бехтерева

Санкт-Петербург

**The place of body-oriented psychotherapy methods in personalized treatment of patients
with autochthonous mental disorders.**

Butoma B.G., Kotsubinsky A.P., Stepanova A.V

Современный период развития науки характеризуется стремлением к пониманию человеческого организма как целостной системы. Представление о биопсихосоциальной сущности психических расстройств рассматривалось уже в трудах В.М.Бехтерева, П.Б.Ганнушкина и Д.С. Мелехова, но терминологически закрепилось в работах G.L. Engel (1982) и способствовало появлению интереса исследователей не только к феноменологическим особенностям заболевания, но также к изучению психологических особенностей пациентов и характера их социального приспособления.

С этой точки зрения телесно-ориентированные психотехнологии находят свою реализацию в пространстве интеграции тела и разума. Акцент при этом направлен на знакомство человека как с телом (и расширение тем самым сферы осознания глубоких ощущений организма), так и с разумом (осознание того, как потребности, желания и чувства кодируются в разных телесных состояниях), что в совокупности позволяет преодолеть барьер между физическим и психическим и способствовать обучению индивидуума умению разрешать интрапсихические конфликты.

Практика телесно-ориентированных методов психотерапии, осуществляемая как в нашей стране, так и за рубежом, представляет собой достаточно рыхлое «гетерогенное поле». В иностранной литературе делались попытки дифференциации этого «гетерогенного поля» и выделение в качестве содержательно самостоятельных таких направлений, как телесная психотерапия (body psychotherapy – BP), телесно-ориентированная психотерапия (body-oriented psychotherapy – BOP) и телесная терапия (body-therapy – BT). Сравнение определений телесно-ориентированных технологий, приводимых различными авторами, а также представленных на веб-сайтах Европейских и Американских ассоциаций телесной терапии, проведенное зарубежными специалистами, свидетельствует, что они практически очень мало отличаются друг от друга, в связи, с чем предлагается использовать единый термин «телесно-ориентированная психотерапия» (body-oriented psychotherapy – BOP), который следует понимать как «зонтичный термин».

В настоящее время, используемые в клинике многочисленные методы телесно-ориентированной психотерапии, целесообразно условно разделить на 3 категории: 1) методы психоаналитического направления; 2) методы поведенческого направления; 3) методы опытного направления.

Однако предлагаемые при этом техники, в основном ориентированны на пациентов с невротическими расстройствами или пациентов, имеющих психосоматические проблемы, а чуть позднее стали применяться у больных с психогенными тревожными и депрессивными расстройствами. Техники телесной терапии, ориентированные на эти категории пациентов, являются часто психологически конфронтационными и активно действующими, вызывающими бурное эмоциональное отреагирование пациентов, что не совсем применимо к пациентам, страдающим аутохтонными психическими расстройствами.

В связи с этим в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева был разработан оригинальный вариант групповой психотерапии, который был определен как интегративный телесно-ориентированный метод.

Оригинальность предлагаемого метода заключается в следующем: 1) теоретическое обоснование в виде представления о биопсихосоциальной сущности психических расстройств с привлечением принципов этологического анализа поведения человека; 2) интеграция известных методов телесной психотерапии, а именно:

а) характерологический анализ В. Райха, б) биоэнергетический анализ А. Лоуэна; в) метод М. Фельденкрайза, г) метод Ф. М. Александера; д) элементы танотерапии В. Ю.Баскакова («Театр прикосновений» и «Телесная гомеопатия») и ряд других; 3) интеграция методов телесно-ориентированной психотерапии и отдельных положений когнитивно-поведенческой коррекции, что обусловлено общностью фундирующих эти психотерапевтические направления этиопатогенетических представлений и теоретических основ; 4) введение в методику элементов арт-анализа; 5) рассмотрение при изучении эффективности данного метода приспособительного поведения человека как целостного показателя его психосоциального восстановления.

Интегративная методика телесной терапии позволяет решать многие типовые задачи определения наиболее уязвимых или опорных зон адаптации больного к жизни с помощью индивидуальных или групповых занятий, а также поиска терапевтических путей воздействия на дезадаптивные сферы жизни личности, воздействуя на бессознательное, бережно работая с психологическими механизмами адаптации больного.

Данный метод показан в реабилитационном процессе при терапии аутохтонных психических расстройств и необходимости решения задач реабилитационной работы по адаптации данной категории больных к жизни в здоровом обществе.

В настоящее время интегративный метод телесно-ориентированной психотерапии требует дальнейшего усовершенствования (как теоретических подходов, так и разработки дальнейших практических рекомендаций) с целью улучшения личностно-ориентированной реабилитационной программы больных с аутохтонными психическими расстройствами.

ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНОГО ВЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ СМЫСЛО И ЦЕННОСТНООРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Вакнин Е.Е., Гаюрова Ю.А.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева

Санкт-Петербург

The problem of the addiction development in the meaning- and value-oriented therapy

Waknin E.E., Gayurova J.A.

Аддикция в современной науке определяется как навязчивая потребность в изменении своего психического состояния посредством приема ПАВ или определенного вида деятельности и представляет форму деструктивного поведения. Существует множество концепций зависимости, среди которых ведущее положение занимают нейробиологические модели аддиктивного влечения (крэйвинга). Они достаточно веско представляют патологический механизм данного расстройства и объясняют мотивацию приема зависимыми психоактивных веществ, либо совершения ими тех или иных действий (в случае нехимической зависимости). Согласно данной версии, развитие крэйвинга

является результатом нарушения регуляции ключевых нейрохимических элементов, участвующих в определенных отделах мозга. Основные понятия, которыми оперирует нейробиологическая парадигма концепций и моделей аддиктивного влечения, это – положительное и отрицательное подкрепление, вознаграждение и анти-вознаграждение. Эти явления имеют под собой непосредственную биологическую основу, что подтверждается рядом исследований. Изучая проявления крэйвинга и химические процессы в мозге зависимых, ученые, однако, имеют дело исключительно с уже развернутой патологией, которую объясняют фактом изменений, вызываемых объектом крэйвинга. Труднее объяснить причину самого развития зависимости, ответив на вопрос, что приводит к ее развитию у конкретных людей, почему именно данные конкретные люди становятся зависимыми из всех в той или иной степени приобщенных к алкоголю.

Без объяснения данного явления достаточно трудно найти терапевтический подход к проблеме зависимости, поскольку снятие крэйвинга как одного из трех функциональных доменов, в которые вовлечены нейронные сети в процессе формирования зависимости, не предполагает устранение тех причин, которые к его развитию привели. Два других домена – это употребление и синдром отмены. На наш взгляд, стоит сосредоточить внимание именно на тех факторах, которые предрасполагают человека переходить от несистемного употребления к системному, представляющему не только нейробиологический феномен, но и психосоциодуховный.

Существует версия склонности к формированию аддикций, передающейся по наследству генетическим путем, проявление которой зависит от внешних (средовых) факторов. Исследователи называют определенные маркеры биологической предрасположенности к зависимости от ПАВ, в частности, такие как: наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманиями, раннее курение и злоупотребление алкоголем, низкая концентрация в моче и крови дофамина, генотипические маркёры и т.д. Следовательно, можно выделить биологический комплекс факторов возможного развития аддикции. Их необходимо учитывать при планировании терапии зависимости или для ее профилактики так же, как учитываются хронические соматические заболевания родителей и близких родственников, как фактор риска биологического порядка.

К психологическому комплексу факторов развития аддикции стоит отнести психологическую адаптивность личности, или способность справляться со стрессом, выходить из него с минимумом потерь, избегать дистресса и срывов, истощения, возможных декомпенсаций. Это та группа факторов, которые организуют саморегуляцию человека, и нарушения в психоэмоциональной саморегуляции являются, на наш взгляд, ключевым моментом в возможном развитии аддиктивного поведения. Проявлениями дисрегуляции могут быть как склонность к депрессиям, чувство неудовлетворённости, так и постоянный поиск новизны. Главным вопросом здесь является наличие – отсутствие у человека гармоничной системы взаимодействия с внешним миром и его потребность в дополнительной стимуляции и поиске вознаграждения. Часто проблему эмоционального выгорания, которая как самостоятельная проблема выглядит сомнительно и в каждом случае имеет свои скрытые иные причины, сводят к внешним факторам – например, нехватку отдачи в том или ином виде деятельности («неблагодарная работа»), что само по себе ошибочно.

К комплексу социальных факторов следует отнести, в первую очередь, фактор семейного влияния на личность, насколько функциональна или дисфункциональна семья, с какими ролями, нормами и правилами она познакомила и насколько позволила развить человеку свое Я, дифференцировать его и чувствовать его целостность. Во-вторых, это институты социализации: образовательные учреждения, СМИ, ближайшее окружение,

транслирующие правила, нормы, ценности, традиции. Социальная среда – фактор, который порой (на примере групп Анонимных Алкоголиков и т.д., либо напротив, деструктивные компании, притоны и проч.) выступает как наиболее актуальный в развитии зависимости или освобождении от нее.

Духовный комплекс факторов, а вместе с ним и терапевтических мер, связан со способностью человека увидеть себя в перспективе Бесконечности, а именно – способностью быть-для-себя и в каждом поступке, выборе, действии или бездействии брать ответственность за свое решение и за свою свободу его принять. Это способность ответить себе на вопрос: «Для чего я это делаю (или не делаю)? Что за этим стоит для меня? Зачем мне это нужно?»

Смыслоориентированность как терапевтический подход в работе с зависимостью представляется источником максимальной динамики. Основой смыслоориентированной и ценностноориентированной концепции терапии является подход Виктора Франкла к структуре Я человека. Будучи напрямую связанным с психологическим комплексом факторов, т.е. факторов саморегуляции, духовность позволяет человеку испытать облегчение (вместо вознаграждения, от которого может развиваться крэйвинг), поскольку именно духовное, бестелесное Я позволяет дистанцироваться от Я телесного или психологического, которые заведомо обречены на зависимость от внешних факторов (в наибольшей степени, конечно же, тело). Духовное Я в данной ситуации выполняет функции подобно парному органу тела человека, позволяя перераспределять нагрузку. Получается, что ища и находя ответ о смысле того, что мы делаем, мы переводим фокус внимания с переживаний, вызывающих напряжение и дискомфорт, на явления, которые не вызывают напряжения, а, напротив, позволяют ощутить силу и свободу одновременно: свободу выбора и силу – взять за него ответственность.

В контексте данной концепции, аддиктивное влечение – это побочный эффект любого несбалансированного решения, при котором утрачивается на уровне всех систем (или Я) – нейробиологической психологической, социальной и духовной – саморегуляция, не требующая дополнительного самовознаграждения. И степени аддикции могут быть от минимальной (транзиторной) до глубокой (тотальной, с летальным исходом). Могут быть отдельные состояния человека, имеющего расбалансированность в системах саморегуляции, близкие к развитию аддикции, но не приводящие к ней. И, наконец, может быть абсолютно сбалансированный по всем системам организации субъект, саморегуляция которого не требует допинга. Примером чему могут служить люди – носители духовных ценностей, верующие, способные с кротостью и смирением относиться к тяготам жизни. Это могут быть специалисты, способные с вдохновением трудиться и не ждать «вознаграждения». Это могут быть волонтеры, помогающие людям или животным просто из любви и сострадания. Во всех этих и многих других случаях мы видим пример осмысленного и самоотверженного поведения. Это не означает, что «сбоя» не произойдет в той или иной системе, но это предполагает защиту от него в контексте обретения смысла.

Смыслоориентированная терапия позволяет запустить механизм «восстановления» нарушенного баланса на духовном уровне саморегуляции человека, который, в свою очередь, наиболее действенен в отношении остальных уровней организации человека. Самоорганизация человека на духовном уровне позволяет перестроиться социальному, психологическому уровням его бытия, что неизбежно влечет и изменения в биологических параметрах.

**КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В
КЛИНИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Вандыш-Бубко В.В., Тарасова Г.В.

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

**COMORBID MENTAL DISORDERS AND SOMATIC DISEASES IN THE CLINIC OF FORENSIC
PSYCHIATRIC EXAMINATION**

Vandysh-Bubko V. V., Tarasova G. V.

В течение последних десятилетий отдельное внимание в клинической медицине уделяется проблеме коморбидности психических расстройств и соматических заболеваний. Отмечаются распространенность подобных состояний в современной практике, наличие в этих случаях специфических проблем диагностики и организации лечебно-реабилитационной тактики. Несмотря на большое количество публикаций по теме многие аспекты коморбидной патологии остаются недостаточно ясными. В частности, в судебной психиатрии основное внимание уделяется проблеме коморбидности психических расстройств и состояний зависимости от психоактивных веществ, а также психогенно-обусловленных психических расстройств и изначальной психической патологии, что понятно с учетом специфики контингента и приоритетных в судебной ситуации переживаний. Проблема же коморбидности соматических заболеваний у лиц с психическими расстройствами исследована недостаточно – представляется актуальным, прежде всего, уточнение их спектра, а также значимости как факторов риска, прогноза болезни.

Цель. Выявление актуальных в экспертной практике клинических вариантов коморбидной психической и соматической патологии.

Материалы и методы. По результатам проведенных судебно-психиатрических экспертиз за 2019г. (n=1270) проанализирована актуальная соматическая патология у лиц с психическими расстройствами; варианты соотношений оцениваемых расстройств. Установлено, что значимая для экспертной оценки хроническая соматическая патология и психические расстройства имели место у 276 человек (22%). При анализе оценивались частота встречаемости, структура соматической, психической патологии; варианты их сочетаний, характер коморбидной связи.

Результаты. Из 276 проанализированных наблюдений в 136 (49%) клинически актуальная соматическая патология сосуществовала с ОНР (органическим психическим расстройством), в 53 (19%) – с личностным расстройством, в 43 (16%) – с синдромом зависимости от ПАВ (психоактивных веществ), в 23 (8%) – с расстройствами шизофренического спектра и в 16 (6%) – с умственной отсталостью. В 5 наблюдениях (2%) из-за остроты, полиморфности клинической картины нозологическую принадлежность психического расстройства верифицировать не представлялось возможным. В данном случае речь понятно не идет о какой-либо тесноте связи психических и соматических расстройств, но - об актуальных экспертных моделях оценки коморбидной патологии с учетом, в частности, ее структуры, нозологической принадлежности. В зависимости от частоты встречаемости наиболее актуальной в экспертной практике является сердечно-сосудистая патология (n=146); из них в 58% изолированная, в 42% - сочетанная с заболеваниями других органов. Наиболее многочисленной оказалась группа обследованных, у которых сердечно-сосудистая патология имела место на фоне ОНР (n=108; 74%). Этиология ОНР при этом была в подавляющем числе случаев смешанной (n=102, 94%), что типично для судебно-психиатрического контингента; лишь в 6% наблюдений – изолированной (исключительно сосудистого генеза). Наиболее типичные

экспертные проблемы при оценке психических расстройств (вне зависимости от их нозологической принадлежности), сочетанных с сердечно-сосудистой патологией были связаны с оценкой клинической динамики состояний, прежде всего после привлечения к уголовной ответственности. При отчетливом ухудшении состояния на этом этапе зачастую не представлялось возможным верифицировать ретроспективно состояние на момент совершения правонарушения, вынести прогностическое суждение. Одинаково сложной оказалась и оценка актуального состояния субъекта, тяжести имеющегося психического состояния. Показательно, что эти случаи и составили группу наблюдений с невозможностью окончательного экспертного решения (80% без установленного клинического диагноза и экспертного решения). Столь же частой (n=141) оказалась выборка наблюдений, где имело место сочетание психического расстройства с болезнями ЖКТ (желудочно-кишечного тракта), в 69% представленными изолировано, в остальных – преимущественно в сочетании с сердечно-сосудистой патологией. Психические расстройства в этой выборке были представлены следующим образом: ОПР (44 набл.; 31%), расстройство личности (n=41; 30%), состояния зависимости от ПАВ (n=30; 21%), расстройства шизофренического спектра (15 набл.; 11%), умственная отсталость (9 набл.; 6%), «нерешенные» (2 набл.; 1%). По результатам проведенного статистического анализа заболевания ЖКТ достоверно чаще ($p < 0,005$) встречались изолировано при расстройствах личности и состояниях зависимости. Патология органов дыхания (n=21) достоверно чаще ($p < 0,005$) как изолированная патология встречалась при состояниях зависимости от ПАВ, эндокринная патология (n=18) - при расстройствах шизофренического спектра и расстройствах личности; патология мочевыделительной системы (n=14) наблюдалась преимущественно в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями и патологией ЖКТ. В соответствии с существующими представлениями коморбидные состояния по характеру связи могли быть определены как: причинные (параллельное поражение органов и систем, обусловленное единым патологическим агентом) - n=173 (63%); «случайные», где исходная алогичность сочетания заболеваний не доказана - n=39 (14%); осложненные (результат основного заболевания, возникающее через время) - n=6 (2%) и неуточненные при наличии единых патогенетических механизмов развития заболевания - n=58 (21%).

Закключение. Исследование свидетельствует, что у обследованных имеется значительная распространенность соматических заболеваний; неоднородность коморбидных состояний; высокий процент клинически сложных состояний в диагностической оценке, что в совокупности определяет актуальность дальнейших исследований.

**ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ И ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ НА ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Яковлев А.В.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Северо-Западный
государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», ФГБОУ ВО «Санкт-
Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Военно-медицинская
академия имени С. М. Кирова» МО РФ, ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный университет аэрокосмического приборостроения»
Санкт-Петербург**

**To study the role and influence of social and individual psychological factors on the
attitude to vaccination during COVID-19 pandemic**

Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Radionov D.S., Yakovlev A.V.

Вакцинация является эффективным методом борьбы с распространением инфекционных заболеваний, которая осуществляется по определенному графику в большинстве стран мира. Она доказала свою эффективность в снижении заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний. Несмотря на это, особенно в последние десятилетия, изменение отношения к вакцинопрофилактике и нерешительность в отношении ее проведения, стало одной из серьезных проблем ВОЗ, и в 2015 году Стратегическая консультативная группа экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по иммунизации определила этот термин как "задержка в принятии или отказе от вакцинации, несмотря на доступность услуг по вакцинации". Распространение дезинформации увеличивает нерешительность в отношении вакцинации, и в 2019 году ВОЗ объявила данную проблему одной из десяти основных глобальных угроз здоровью и серьезным препятствием для достижения иммунизации населения. Отношение к вакцинации отношение к своему здоровью общей популяции могут сыграть решающую роль в борьбе с COVID-19. Понимание факторов, определяющих нежелание проходить вакцинацию, имеет решающее значение для разработки краткосрочных целенаправленных психосоциальных мероприятий, направленных на улучшение приверженности к вакцинации.

Цель исследования. Данное исследование представляет собой изучение отношения к вакцинации в контексте системы значимых отношений, индивидуальных психологических особенностей и социального опыта, связанного с ситуацией пандемии COVID-19

Материалы и методы. Было проведено когортное кроссекционное исследование отношения населения к вакцинации против коронавирусной инфекции COVID-19 с помощью специально разработанной анкеты для массового заполнения, расположенной на интернет-ресурсах. Анкета позволяет получить социально-демографические, анамнестические, клинические данные, психологические характеристики. Участие в исследовании было анонимным и добровольным. Исследование одобрено Независимым этическим комитетом при Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (ЭК-И-31/21 от 25.02.2021).

Всего было обследовано 4172 человека в возрасте от 18 до 81 года, средний возраст – 39,0 (± 13,045). Из них мужчин – 928 (22,2%) женщин – 3244 (77,8%). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS-11. Применялся описательный

(дескриптивный) анализ и двумерный (таблицы сопряженности) статистический анализ. Достоверность различий по переменным, выраженных в процентных долях выборки, проводилась с помощью расчета критерия углового преобразования Фишера (ф).

Критерии включения:

1. Возраст старше 18 лет
2. Информированное согласие на участие в исследовании;
3. Умение читать по-русски и заполнять онлайн-анкету

Критерии невключения:

1. Возраст до 18 лет.
2. Неспособность понять текст и содержание анкеты

Критерии исключения:

Участники, отказывающиеся участвовать в опросе на любом этапе.

Статистическая оценка проводилась с использованием программы SPSS-11. Был применен описательный анализ данных и двумерный статистический анализ (перекрестная таблица). Статистическую достоверность определяли с помощью F-критерия (критерия Фишера) (ф).

Результаты исследования и обсуждение. На этапе старта профилактических программ, связанных с вакцинацией населения против новой коронавирусной инфекции, имеются различные тенденции по отношению к прививке. Треть опрошенных считает прививку полезной, такая же часть сомневается в ее эффективности. Около четверти респондентов воспринимают ее как ненужную, опасную или относятся безразлично. Эти представления отражаются на выборе поведения и принятии решения относительно собственной вакцинации. Треть из всей выборки отмечает, что не планирует прививаться, такое же количество сомневается в принятии решения и ориентируется на более отдаленные результаты проводимой в стране программы вакцинации. Привито уже 12,2%, планирует вакцинироваться в ближайшее время 13,3%. Лица молодого возраста в меньшей степени ориентированы на вакцинацию по сравнению с лицами среднего и пожилого возраста. Среди факторов, которые связаны с тем или иным отношением к вакцинации можно выделить возраст респондентов. Лица пожилого и старческого возраста относятся к прививке с большим доверием, чем молодые люди. Имеет значение также половая принадлежность – среди мужчин больше тех, кто считает вакцину полезной и меньше тех, кто сомневается, по сравнению с женщинами. Вероятно недостаточная активность в отношении вакцинации связана с опасениями возможных осложнений, что подтверждается полученными в исследовании данными. Отношение к прививке определяет активность населения и в отношении настроенности рекомендовать вакцинирование своим близким и друзьям. Только менее трети опрошиваемых готовы это делать. Большая часть респондентов в различной степени испытывают страх заболеть коронавирусной инфекцией, беспокойство за здоровье своих близких, тревогу из-за сложившейся ситуации с коронавирусом в целом. Наличие этих переживаний способствует более позитивному отношению к вакцинации. Среди факторов, оказывающих влияние на отношение к вакцинации, большее значение имеют сообщения ученых, врачей и экспертов в этой области, что в целом отражает доверие население к информации, получаемой из этих источников. В целом среди населения уровень доверия к вакцине можно в настоящий момент оценивать как средний. Среди лиц молодого возраста представления о пользе вакцины более скептическое, чем у лиц среднего и пожилого возраста. Большая часть опасений связана с возможными негативными непредвиденными последствиями, которые могут быть результатом вакцинации в будущем.

Заключение. Полученные данные отражают отношение население к программе вакцинации, которое оценивалось через 2 месяца после ее старта. Анализ показал связь

определенных социально-демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации. Учитывая важность формирования среди населения адекватных представлений о борьбе с новой коронавирусной инфекции, психосоциальные интервенции, направленные на увеличение приверженности к вакцинации должны носить адресный характер и воздействовать на те мишени, которые связаны с настороженным отношением населения к профилактическим мероприятиям. Результаты исследования целесообразно учитывать при планировании стратегии информирования населения, адресного формирования мотивации у различных социальных и возрастных групп.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БУДУЩЕМУ И СКЛОННОСТЬ К РИСКУ ПОДРОСТКОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Виндорф С.А.

**ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет Минздрава России**

Санкт-Петербург

**Features of the attitude to the future and the propensity to risk of adolescents with drug
abuse**

Vindorf S.A.'

Актуальность исследования. Подростковый возраст характеризуется установкой моделей поведения, которые в будущем будут влиять на здоровье и качество жизни, становлением временных связей, активного освоения времени, жизненного самоопределения, а также формированием целей (Аверин В.А., 2021, Макунян В.Р., 2003; Фельдштейн Д.И., 1997, W.Damon, J.Menon, 2016 и др.). Зрелость представлений о будущем можно рассматривать как один из критериев сформированности личностной и социальной зрелости (Герасимова О.Ю., Мельникова М.Л., Белоусова Н.С., 2021, Семченко Л.Н., Сабаев Е.В., 2019, Севастьянова С. М., 2020). С другой стороны, подростки являются одной из наиболее уязвимых категорий по вовлечению в употребление психоактивных веществ. По данным многочисленных исследований, наиболее критическим, представляющим риск вовлечения человека в периодическое или регулярное потребление наркотиков, является именно подростковый период. Злоупотребление наркотическими веществами в пубертатном периоде характеризуется постепенным снижением минимального возраста дебюта употребления психоактивных веществ (ПАВ), а также растущей легкостью приобретения их подростками.

В настоящем исследовании рассмотрены особенности отношения к будущему и склонность к рискованному поведению у подростков, употребляющих наркотические вещества.

Методики: «Исследование склонности к риску» А. Г. Шмелева, «Самооценка склонности к экстремально-рискованному поведению» М. Цуккерман, «Диагностика потребности в поисках ощущений» М. Цуккерман, Опросник «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР-25). Т. В. Корниловой, Тест смысло-жизненные ориентации (СЖО) Д.А. Леонтьева, Метод мотивационной индукции (ММИ) Ж. Нюттена. Объект исследования: подростки 15-17 лет (средний возраст: 15,9±1,43 лет) (30 человек), состоящие под диспансерным наблюдением в СПб ГБУЗ Городская наркологическая больница с диагнозами F 19.1, F15.201, F 19.201. На момент обследования испытуемые находились вне интоксикации и абстиненции.. В качестве контрольной группы

обследованы 30 подростков 15-17 лет (средний возраст: $15,8 \pm 1,47$) без опыта употребления ПАВ. Мужской и женский пол в равном соотношении.

Основные результаты исследования.

Проведенное исследование выявило статистически значимые различия между основной и контрольной группой по таким параметрам как «Склонность к рискованному поведению» ($p < 0,001$), «Поиск новых впечатлений» ($p < 0,05$), «Потребность поиска новых ощущений» ($p < 0,05$), параметрам, связанным с долгосрочным планированием ($p < 0,001$) и параметрам, связанным с сиюминутным удовлетворением своих потребностей ($p < 0,05$).

Таким образом, для подростков, употребляющих наркотические вещества, характерна большая склонность к рискованному поведению, чем для их сверстников из условной группы нормы.

Наибольшую значимость для зависимых подростков представляет получение новых впечатлений и поиск новых ощущений. Для подростков без опыта употребления ПАВ значимым фактором рискованного поведения является непереносимость однообразия. Рациональность и готовность действовать в ситуациях неопределённости, как факторы принятия решений, ниже у подростков, употребляющих наркотические вещества, по сравнению с группой нормы.

Основной временной направленностью мотивов, определяющих действия подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами, является настоящее. Цели в будущем не имеют конкретики и чёткой оформленности. При этом большинство из них отмечают, что не определились со своими планами на будущее, и они не предпочитают

ЗАДАЧИ ПОСТГОСТИПАЛЬНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

**Воликова С.В., Царенко Д.М., Довженко Т.В., Агамомедова И.Н., Долныкова А.А.,
Москачева М.А., Пуговкина О.Д., Рычкова О.В., Бобров А.Е.**

**МНИИ психиатрии – филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России
Москва**

**Tasks of post-hospital medical and psychological support of patients with affective spectrum
disorders**

**Volikova S.V., Tsarenko D.M., Dovzhenko T.V., Agamomedova I.N., Dolnykova A.A.,
Moskacheva M.A., Pugovkina O.D., Rychkova O.V., Bobrov A.E.**

Специалисты признают, что растет число людей с расстройствами аффективного спектра. Данные Росстата за 2020г. показывают, что ежегодно растет количество пациентов, обращающихся за консультативно-лечебной помощью. При этом значительное количество пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами остается неучтенным, не попадает в статистические сводки, но нуждается в квалифицированной помощи. Пандемия также негативно повлияла на состояние психического здоровья населения. В печати представлены данные, что в разных регионах страны прирост обращений за психолого-психиатрической помощью составил до 30%. Отмечается, что сокращается время пребывания пациентов в стационаре. Пациент меньше, чем раньше, находится в стационаре, быстрее выписывается. Поэтому особенно актуальным становится вопрос постгоспитального сопровождения пациентов, помощи пациентам после выписки. Но, как отмечают специалисты, наблюдаются проблемы в построении преемственной амбулаторной помощи пациентам с психическими нарушениями после стационара. Чаще всего из этой цепочки «стационар-амбулаторная помощь» выпадают пациенты с

расстройствами аффективного спектра. Например, пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами не очень охотно обращаются в психоневрологические диспансеры для постгоспитального сопровождения, поэтому могут оказываться без должного наблюдения после выписки. Постгоспитальное сопровождение предполагает бригадную работу врачей-психиатров и психологов, осуществляющих психологическое консультирование выписавшихся пациентов. Зарубежные и отечественные источники свидетельствуют, что такое бригадное ведение повышает качество помощи пациентам разных возрастов и даже снижает риск рецидивов. Например, исследования подростков с психическими расстройствами, проведенные в ГБУЗ НПЦ ПЗДП им Г.Е.Сухаревой, убедительно показали, что если подросток получает психологическую, психотерапевтическую помощь (прежде всего в виде семейной психотерапии) наряду с медикаментозной помощью, то риск повторных госпитализаций снижается на 30%. Отечественных исследований катамнеза у взрослых пациентов, участвующих в программах постгоспитального медико-психологического сопровождения, значительно меньше.

Целью настоящего исследования является определение и уточнение принципов, методов и мишеней медико-психологической помощи пациентам с аффективными расстройствами в рамках постгоспитального сопровождения. В исследовании использованы клиничко-психопатологические, психолого-диагностические, статистико-аналитические, психокоррекционные и психотерапевтические методы. Данное исследование носит пилотажный характер. На данном этапе в программу постгоспитального сопровождения включено 23 пациента с расстройствами аффективного спектра, закончивших стационарное лечение.

На данном этапе пилотажного исследования сформулированы предварительные задачи медико-психологического сопровождения пациентов. Следует еще раз отметить важность комплексной медицинской и психологической помощи пациентам с расстройствами аффективного спектра после выписки. В постгоспитальном сопровождении могут использоваться современные методы онлайн-консультирования, что особенно актуально в настоящий момент с учетом эпидемиологической обстановки. Врачи в амбулаторном режиме решают задачи диагностики актуального состояния пациента, отслеживания динамики и, при необходимости, коррекции терапии. Также решаются задачи мотивационного уровня. Сформулированы задачи психотерапевтических психологических консультаций в рамках постгоспитального медико-психологического сопровождения:

1. Психообразование – обсуждение с пациентом полученных им в стационаре сведений о его заболевании, а при необходимости корректировка и расширение знаний пациента о диагнозе.
2. Мотивация на продолжение лекарственной терапии. Наблюдения показывают, что пациенты после выписки из стационара продолжают терапию, но если им становится легче, могут самостоятельно менять или заканчивать медикаментозное лечение. На этапе постгоспитального психотерапевтического сопровождения важно мотивировать пациента соблюдать предписания врача, не допускать самостоятельной корректировки схемы лечения.
3. Психотерапевтическая работа с проблемами пациента на симптоматическом, личностном, семейном и интерперсональном уровнях. Важно подчеркнуть необходимость системного подхода к проблемам пациента. Если в психотерапевтической работе учитываются только симптоматический и личностный уровни, но не рассматриваются актуальные семейные отношения, отношения с социумом, а также контекст детско-родительских отношений, то пациенту сложно справиться с симптомами расстройств аффективного спектра.

4. Работа по улучшению способности к социальному функционированию. Например, возвращение на работу, возобновление общения с друзьями и др.
 5. Профилактика рецидивов и хронификации. С пациентом обсуждаются и прорабатываются возможные ситуации, провоцирующие ухудшение его состояния, обсуждается система методов самопомощи в таких ситуациях.
- Данные задачи успешно решаются с помощью методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, которая доказала свою эффективность при работе с пациентами с расстройствами аффективного спектра. Эффективность помощи пациентам повышается, если реализуется принцип бригадного взаимодействия специалистов, когда пациенты с расстройствами аффективного спектра получают не только медикаментозную, но и психологическую помощь на всех этапах лечения, не только в стационаре, но и после выписки.

**ЗНАЧЕНИЕ БАЛИНТОВСКОЙ СУПЕРВИЗИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И КЛИНИЧЕСКИХ
ПСИХОЛОГВ В РАЗВИТИИ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ**

Винокур В.А.

**Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Балинтовская Ассоциация (Россия)
Санкт-Петербург**

**Significance of Balint supervision in psychotherapists an clinical psychologists in the
development of professional communication competence**

VinokurV.A.

По мнению З. Фрейда (1910), ни один психотерапевт не продвигается в своей работе дальше, чем ему позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления, поэтому границы эффективности психотерапии во многих случаях определяются не столько особенностями случая или особенностями пациента или клинического случая, а «границами и особенностями» самого психотерапевта. Существуют высокие требования к супервизии психотерапевтов и клинических психологов как процессу необходимому, неизбежному, постоянному и бесконечному. Это вполне согласуется со II законом термодинамики, гласящим, что в изолированной системе энтропия неизбежно возрастает или, иначе говоря, терапевтическая и консультативная практика, лишенная супервизии, как любая закрытая система, лишенная внешнего воздействия, обязательно деградирует. Неадекватность или недостаточность супервизии психотерапевтов рассматривается в настоящее время в качестве не только серьезной причины снижения качества оказываемой психотерапевтической помощи. Отсутствие супервизии рассматривается также как источник нарушения профессиональной этики в работе психолога и, в итоге, как нарушение прав клиента.

Именно супервизия позволяет решать главную задачу психотерапевта, которая, по мнению М. Балинта, «... состоит не в том, что его присутствие всегда должно ощущаться пациентом, а в том, чтобы он всегда находился с ним на верной дистанции, – эта дистанция не должна быть настолько большой, чтобы пациент чувствовал себя потерянным и брошенным, но она не была и настолько короткой, чтобы вызывать у пациента чувства стеснения и несвободы».

Одной из предпосылок необходимости создания и уже достаточно распространенного и устойчивого существования такой эффективной формы аналитической супервизии, как балинтовские группы психотерапевтов и психологов, служит анализ профессионального

«самочувствия» этих специалистов, который показывает, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении новой информации и квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Аргументом в пользу такого метода групповой супервизии и профессионального самоусовершенствования служит то, что терапевтическая и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациентов и коллег этих специалистов, часто трудно оценить однозначно. Можно отметить и другие важные характеристики этой профессии, определяющие необходимость супервизии терапевтической работы.

1. Многие аспекты работы определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом его труда.
2. Эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия в процессе работы.
3. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия априорно готовых алгоритмов работы.

Как показывает терапевтическая и консультативная практика, далеко не всегда возникающие в ней трудности и проблемы связаны непосредственно с узкопрофессиональными знаниями и умениями. Очень часто источник сложностей и барьеров на пути к успеху в работе находится в сфере эмоциональных состояний психотерапевтов и консультантов, недостаточным умением управлять своим психологическим состоянием и конструктивно преодолевать психологические барьеры во взаимодействии с пациентами. По данным ряда исследований, профессиональная успешность психотерапевтов и психологов определяется в первую очередь уровнем их коммуникативной, компетентности, а успешно сформированные терапевтические отношения, хорошо развитые навыки понимания пациентов, так же как и понимания психотерапевтами самих себя в этих отношениях, являются ключевым элементом в эффективном решении широкого круга самых разных проблем и в формировании удовлетворенности пациентов оказываемой им помощью.

К важнейшим навыкам, которыми должен обладать специалист, работающий в психотерапии, относят не только *hard-skills* (собственно профессиональные навыки, относящиеся к данной специальности), но и *soft-skills* (навыки, необходимые всем специалистам коммуникативных профессий: креативность, умение развивать и поддерживать конструктивное взаимодействие и сотрудничество в команде других профессионалов, коммуникативная компетентность, когнитивная гибкость, умение справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы, умение учиться у других людей и т. д.). К этим навыкам относят умение критически оценивать качество терапевтического альянса и взаимодействия с пациентами, умение конструктивно справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы с «трудными» пациентами, способность развивать эффективную коммуникацию с ними, а также обладать навыками анализа этичности терапевтического / консультативного процесса. Представляется важным и то, что среди навыков профессиональной компетентности этих специалистов отмечена способность критически анализировать супервизионную помощь и использовать ее потенциал для собственного развития в своей работе, потому что неспособность принять помощь коллег приводит в итоге к неспособности самим оказывать такую помощь (Ram Dass, 1985).

Наш многолетний опыт проведения балинтовских групп врачей-психотерапевтов и психологов и анализ эффективности такой супервизии показывает, что эти группы

эффективно обеспечивают их участникам среду и пространство для более глубокого и осознанного анализа врачами своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания ими своих пациентов и самих себя в процессе сложного профессионального и межличностного взаимодействия. Они открывают в мышлении специалистов новые аспекты, стимулирующие новое понимание пациента и более успешный терапевтический процесс. Балинтовская группа обеспечивает ее участникам эмоциональную поддержку в кругу коллег и связанное с этим улучшение коммуникации с пациентами и другими профессионалами. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе супервизии. Помощь в балинтовской группе происходит не только (или не столько) от того, что ее участники получают какое-то новое для себя знание, сколько от того, что балинтовская супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из психотерапевтов и в каждом случае его взаимодействия с пациентами. Группа положительно влияет на то, как сами пациенты воспринимают проводимую терапию и взаимодействие с психотерапевтами, что, соответственно, улучшает их взаимодействие в этом процессе. Группа повышает у специалистов их профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым способствуя предупреждению профессионального выгорания. Этому способствует также и то, что балинтовские группы являются хорошим средством устранения у них чувства профессионального «одиночества» и успешной формой развития социальной поддержки терапевтов и психологов. Одновременно с этим происходит и параллельный процесс формирования у них внутреннего локуса субъективного контроля, оптимизма, формирования нового для них позитивного мышления и нового уровня самоэффективности как чувства собственной компетентности, что также позволяет этим профессионалам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности.

ТИПЫ ПРИВЯЗАННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Воликова С.В., Юдеева Т.Ю., Москачева М.А., Пуговкина О.Д., Довженко Т.В.,
Долныкова А.А., Рычкова О.В., Ольховик А.Е.**

**МНИИ психиатрии – филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва**

Attachment types in patients with depressive disorders

**Volikova S., Yudeeva T., Moskacheva M., Pugovkina O., Dovzhenko T., Dolnykova A.,
Rychkova O., Olkhovik A.**

Специалисты отмечают рост депрессивных расстройств в популяции. Поэтому актуальными остаются вопросы своевременной диагностики этой группы расстройств, а также понимания механизмов их возникновения и течения. Изучение факторов, влияющих на течение депрессивных расстройств, поможет более эффективно решить вопросы медико-психологической и психотерапевтической помощи пациентам этой группы. Не вызывает сомнения, что семейные дисфункции играют существенную роль в возникновении и течении депрессивных расстройств. Показано, что нарушения в функционировании родительской семьи в момент взросления пациента оказывают влияние на эмоциональную сферу не только в детском и подростковом возрасте, но и у взрослых. Например, зарубежные исследования свидетельствуют, что ненадежный тип привязанности связан с расстройствами аффективного спектра в том числе и у взрослых. В отечественной клинической психологии исследований связи типа привязанности и

расстройств аффективного спектра мало. Такие исследования представляются перспективными, т.к. позволяют понять механизм возникновения и уточнить мишени психологической помощи таким пациентам и их семьям.

Цель работы: изучить типы привязанности у пациентов с депрессивными расстройствами. Методики: для выявления депрессивной симптоматики - SCL-90 (Тарабрина, 2001); для выявления типа привязанности - Опросник Revised Adult Attachment Scale (Collins, 1996); Опросник Inventory of Parent and Peer Attachment (Armsden, Greenberg, 1987); для выявления семейных дисфункций - Опросник Семейные эмоциональные коммуникации (Холмогорова, Воликова, Сорокова, 2016).

Выборка: в данном пилотажном исследовании опрошены 47 человек в возрасте 18-30 лет, из них 32чел. – группа нормы, 15 чел. – пациенты с депрессивными расстройствами.

Результаты: сравнение группы пациентов с депрессивными расстройствами и нормы показало, что пациенты с депрессивными расстройствами чаще описывали своих родителей как критикующих, в том числе и за проявление эмоций в семье. По результатам исследования можно говорить о том, что пациенты с депрессивными расстройствами росли в семьях с большим количеством нарушений в семенной системе, чем в норме. Полученные данные соотносятся с ранее проведенными нами исследованиями. У пациентов с депрессивными расстройствами обнаруживаются нарушения привязанности, а именно тревожная и избегающая привязанность. Из-за небольшого количества выборки нельзя делать уверенные выводы, но корреляционный анализ позволяет говорить, что родительская критика в период взросления связана с нарушениями привязанности, а именно, как с тревожной, так и с избегающей привязанностью. Расширение выборки, а также проведение регрессионного анализа позволит сделать более надежные выводы. Но уже сейчас полученные результаты выявляют не только нарушения в семейных коммуникациях пациентов с депрессиями, не только фиксируют нарушения привязанности у клинической группы, но и позволяют уточнить мишени психотерапевтической помощи этой группе пациентов. Нарушения привязанности формируются в период взросления человека, а потом оказывают влияние на его отношения с окружающими людьми во взрослом возрасте. Таким образом, родительская критика, другие нарушения семейной системы могут быть связаны с ощущением психологической небезопасности в период взросления, могут влиять на появление и закрепление дисфункциональных базовых убеждений человека относительно себя, окружающих, будущего, что в свою очередь может существенно затруднять общую адаптацию человека, снижать качество отношений человека с другими людьми, препятствовать установлению здоровых, близких, поддерживающих отношений. Все это повышает вероятность возникновения депрессивной симптоматики. И в свою очередь все перечисленные аспекты – нарушения семейной системы, проявления нарушения привязанности - могут стать мишенями психотерапевтической помощи взрослым пациентам с депрессивными расстройствами.

**ОСОБЕННОСТИ ПРИВЯЗАННОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ И УЖЕНЩИНАМИ С
«КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ»**

Гончарук Т.Б., Карпова Э.Б.

**ГБУЗ Сахалинской области Корсаковской Центральной районной больницы
(«Корсаковской ЦРБ»), СПбГУ**

г. Корсаков, Санкт-Петербург

**Peculiarity of Attachment Style and satisfaction with marriage in women with "crisis"
pregnancy**

Goncharuk T.B., Karpova E.B.

Психологическое сопровождение беременности является важной составляющей подготовки женщины к родам и материнству. Особого внимания требуют женщины, которые находятся в состоянии репродуктивного выбора, так называемые «кризисные беременные». В задачи психологической помощи этим женщинам входит определение причин, ведущих к решению прервать беременность, и поиск предупреждения такого решения, имеющего неблагоприятные последствия не только в соматическом, но и психологическом их состоянии.

Целью исследования явилось изучение удовлетворенности браком и особенностей опыта построения близких отношений у женщин, прерывающих беременность.

Выборку исследования составили 70 беременных I триместра беременности (срок: 5-12 недель, без патологии) в возрасте 20-35 лет. Первую группу составили 35 человек – женщины, желающие прервать беременность («кризисная» группа), модальный интервал 31-35 лет, и вторую – контрольную группу, включающую 35 человек, модальный интервал 25-30 лет, – женщины, желающие сохранить беременность. Исследования проводились на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Сахалинской области «Корсаковская центральная районная больница», в женской консультации и акушерском отделении.

Для изучения удовлетворенности браком использовался опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко). Оценка индивидуальных различий в переживаниях близких межличностных отношений беременных осуществлялась с помощью опросника «Опыт близких отношений» (К. Бреннан и Р.К. Фрейли) в адаптации Т.В. Казанцевой.

Исследование удовлетворенности браком показало, что более половины женщин (54,3%) в разной степени им не удовлетворены, тогда как большая часть женщин контрольной группы (77,1%) считают свой брак благополучным. Сравнение показателей двух групп с помощью статистического критерия U-Манна-Уитни обнаружило, что на статистически значимом уровне ($U=371.0$, $p \leq 0,05$) субъективные оценки удовлетворенности браком ниже у женщин, решивших прервать беременность.

В основе опросника, направленного на оценку индивидуальных различий в переживаниях близких межличностных отношений у взрослых людей, лежит двухфакторная модель. Первый фактор описывает тревожность (беспокойство) в отношениях привязанности (уровень чувства уверенности или неуверенности относительно надежности и отзывчивости значимого лица), второй – избегание близости в отношениях привязанности (степень дискомфорта, переживаемого при психологическом сближении с другим человеком, и формирование зависимости от него). Сочетание этих факторов дают 4 типа привязанности – надежный, боязливый, зависимый и избегающий.

Результаты исследования показали, что у женщин, решивших прервать беременность, значительно чаще встречается низкий уровень тревожности, связанной с привязанностью (37,1%), чем у женщин, решивших сохранить беременность (8,6%). Избегание близости

оказалось почти у всех беременных на среднем или низком уровне, однако анализ распределении оценок разного уровня показал, что в «кризисной» группе преобладают средние оценки (71,4%), а в контрольной группе – низкие (80%).

Результаты сравнения показателей уровня тревожности и избегания близости в двух сравниваемых группах с помощью критерия U-Манна-Уитни указывают на различие на статистически значимом уровне ($p=0,04$ и $p=0,00$ соответственно).

В группе женщин, решивших сохранить беременность, вдвое чаще встречается надежный тип привязанности (80,0%), чем в выборке женщин, решивших прервать беременность (40,0%). Боязливый, зависимый и избегающий типы привязанности также значимо чаще встречается в «кризисной» группе (14,3% – боязливый, 37,1% – зависимый и 8,6% – избегающий), чем в контрольной (0%, 17,1% и 2,9%, соответственно).

Таким образом, более половины женщин, принявшие решение прервать беременность, не удовлетворены своим браком. Им в большей степени, чем женщинам, желающим сохранить беременность, характерны как беспокойство, связанное с привязанностью, так и дискомфорт от психологической близости, ведущий к ее избеганию. В «кризисной» группе в два раза реже, чем в контрольной группе, встречается надежный тип, характеризующийся самодостаточностью в партнерских отношениях, умением строить равноправные отношения. Более трети женщин этой группы проявляют зависимость от близких отношений, не умея дистанцироваться в близких отношениях, и хоть не так выражено, но сравнительно чаще, чем в контрольной группе, боятся быть отвергнутыми и считают, что не достойны хорошего к себе отношения.

Выводы

1. Субъективные оценки удовлетворенности браком ниже у женщин, решивших прервать беременность.
2. Уровень беспокойства и избегания близости у женщин с «кризисной» беременностью выше, чем у беременных контрольной группы.
3. У «кризисных» беременных реже преобладает надежный тип зависимости, однако он встречается значительно реже, чем в контрольной группе.
4. У женщин, решивших прервать беременность, значительно чаще, чем у беременных контрольной группы, встречаются зависимый, боязливый и избегающий типы привязанностей.

НЕГАТИВНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ КАК ФАКТОР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТРАЦИОНАРА

Горбунова О.В., Сорокин М.Ю.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им.

В.М. Бехтерева

Санкт-Петербург

Negative Childhood Experience as a Factor of Therapeutic Motivation in Psychiatric Inpatients

Gorbunova O.V., Sorokin M.Yu

Мотивация к лечению является важнейшей составляющей эффективности терапии в психиатрии. Изучение влияния детской травмы на формирование психопатологических нарушений продемонстрировало, что такой опыт может приводить к изменениям в аффективной, мотивационной, мнестической функциях, функции контроля (Gehredetal., 2020).

Установлено, что неблагоприятный детский опыт в возрасте 3-6 лет сопряжен с менее выраженным, чем в популяции, ответом амигдалы, в то время как тот же неблагоприятный

опыт, пережитый в пубертатном возрасте, вызывает более ярко выраженный ответ амигдалы, чем в среднем у ровесников (Zhuetal., 2019). Согласно последним проспективным исследованиям детской травмы, такой опыт вызывает более значительные изменения в головном мозге: выявлены истончение серого вещества к возрасту 45 лет не только в миндалевидном теле и гиппокампе, но и в области ствола головного мозга, хвостатого ядра, мозжечка, бледного шара, покрышки, таламуса, среднего мозга (Gehredetal., 2020). Можно предположить, что описанные нейро-когнитивные изменения в следствие негативных последствий ранних детских отношений могут на биологическом уровне детерминировать дистрессовые реакции на рядовые стрессовые факторы, существенно ограничивая переживших травматизацию детей в поиске социальной помощи и поддержки при развитии у них психического расстройства (Myin-Germeysetal., 2001; Myin-Germeys& vanOs 2007). Таким образом, пережитое в детстве насилие вызывает значимые анатомические и функциональные изменения в организме и становится значимым фактором риска развития и/или усугубления психических расстройств.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, на долю неблагоприятного детского опыта как значимого этиологического фактора в возникновении психических расстройств у взрослых приходится около 30% (Kessleretal., 2010). С другой стороны, дети, подвергающиеся насилию и жестокому обращению, наиболее вероятно также встречаются с дополнительными неблагоприятными факторами, такими как неполноценное питание, низкий социально-экономический статус семьи (Cicchetti& Toth, 2005). Данные особенности трудно учитывать, равно как и оценить степень их влияния на психическое функционирование. Поэтому более перспективным представляется комплексное изучение негативного детского опыта в его взаимосвязи с клинически наиболее важными параметрами пациентов, каким является терапевтическая мотивация.

Цель исследования: выявить потенциальный негативный эффект пережитого неблагоприятного детского опыта на терапевтическую мотивацию у пациентов психиатрического стационара.

Материал и методы. Обследованы 30 пациентов НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева и СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», диагностированные в рубрике F2 МКБ-10 (18 человек), F3 МКБ-10 (9 человек) и F0 МКБ-10 (3 человека). 17 мужчин, 13 женщин. Средний возраст составил 34 ± 9 лет. Состояли в браке 23% выборки, такая же доля респондентов имела детей.

Использован опросник для определения Неблагоприятного детского опыта (Лутова и др., 2020), позволяющий провести его количественную и качественную оценку. Для оценки терапевтической мотивации использован опросник ОцМЛ (Сорокин и др., 2020). Применялся дисперсионный и корреляционный анализы, критерий статистической значимости был установлен на уровне $p \leq 0.05$. Процедуры исследования одобрены независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева.

Результаты. Социо-демографические и клиничко-психологические характеристики пациентов были специфически связаны с отдельными видами неблагоприятного детского опыта. Женщины (38%) достоверно чаще мужчин (6%) сталкивались с сексуальным насилием в детстве (Cramer'sV=0.4 $\chi^2=4.9$, df=1, $p=0.03$). Не имеющие детей респонденты (65%) значимо чаще сообщали об опыте развода у родителей, чем имеющие детей (13%) респонденты (Cramer'sV=0.4 $\chi^2=5.6$, df=1, $p=0.02$).

Пациенты, в соответствии с опросником оценки мотивации отнесенные к подгруппе высоко мотивированных, (суммарная интенсивность мотивации к лечению больше медианы) в детстве чаще сталкивались с насилием по отношению к их матери (40%), чем низко мотивированные (7%) участники исследования (Cramer'sV=0.4 $\chi^2=4.7$, df=1, $p=0.03$). Переживание в детстве тюремного заключения одного из родственников было

ассоциировано с достоверно более высоким показателем фактора осознания пациентами необходимости лечения (-0.8 ± 1.3 и -2.8 ± 1.9 соответственно, $p=0.05$). Напротив, контакт пациентов в детстве с родственником, имеющим психическое расстройство, был связан со снижением показателя осознания психологического механизма болезненной дезадаптации (-1.3 ± 0.9 и -0.7 ± 0.6 соответственно, $p=0.03$).

Заключение. Полученные данные могут использоваться для более точного прогноза терапевтического процесса на стадии изучения анамнеза жизни пациента с эндогенным заболеванием, позволяют формировать группы риска по возможному преждевременному прекращению психофармакотерапии и определять необходимость более пристального наблюдения на амбулаторном этапе с оказанием психотерапевтической помощи.

ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Городнова М.Ю.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.

Мечникова» МЗРФ

Санкт-Петербург

Compliance problems in child psychiatry: unsolved problems.

Gorodnova M.Yu.

Эффективная психиатрическая помощь детскому населению возможна лишь на основе рабочего альянса в коллегиальной модели отношений «врач-пациент». Данная модель предполагает свободу выбора пациентом тактики лечения и выполнения назначений, наделяя пациента субъектностью, побуждая его к активной роли в лечебном процессе, что лежит в основе комплаентного поведения. На фоне множества исследований комплаентности во взрослой психиатрии и наркологии, роста интереса к изучению комплаентности в педиатрии в детской психиатрии этот вопрос остается малоизученным. Это послужило для нас отправной точкой для постановки проблемы исследования данного феномена в практике детского психиатра, психотерапевта, медицинского психолога.

Обсуждая особенности взаимодействия врача и пациента в практике педиатра, В.Ю. Брюнеткин, Ю.С. Апенченко и А.А. Седова (2017), указывают на дефицит исследований, посвященных особенностям взаимоотношения врача с ребенком без родителя, а также комплаенса с пациентом в педиатрии, субъектом которого выступает сам ребенок, подобные работы отсутствуют и в поле психиатрии. В исследовании 2018 г. В.П. Чемякова и А.В. Шашелевой взаимодействие врача с педиатрическим пациентом определяется как общение в триаде «врач–родитель–ребенок», где роли ребенка и родителя с возрастом ребенка меняются — увеличивается роль одного и уменьшается роль другого. Авторы вводят понятие – «комплексный пациент», под которым подразумевается альянс ребенка и родителя, и выделяют четыре ситуации во взаимодействии врача с комплексным пациентом: 1) выяснение жалобы и (запрос на консультацию); 2) выяснение картины болезни (постановка диагноза); 3) сообщение пациенту разъяснений о заболевании и лечении; 4) формирование комплаенса (формирование у пациента приверженности лечению, мотивированного и ответственного соблюдения назначений). С возрастом ребенок приобретает все большую субъектность, его состоятельность и участие при решении основных задач медицинской консультации нарастает: у ребенка постепенно формируется способность формулировать запрос, воспринимать и описывать внутреннюю картину болезни, понимать разъяснения врача, и, в целом, формировать комплаенс. Можно проследить, как меняется структура «комплексного пациента». До 3-летнего возраста ребенком пациентом выступает диада родитель-ребенок (чаще мать-ребенок). В

период от 3 до 11 лет роль ребенка в модели «комплексный пациент» становится все заметнее: он способен указать локализацию боли, сообщить о своем самочувствии, понять значение процедур. Пациенты старше 12 лет могут самостоятельно сформулировать запрос, описать внутреннюю картину болезни, понять разъяснения, а также соблюдать назначения. В этом периоде, особенно в старшем подростковом возрасте (15–17 лет), роль ребенка максимальна, хотя родитель все же оказывает на него влияние, усиливая или ослабляя контроль над выполнением врачебных предписаний. Критическим периодом падения комплаентности является подростковый возраст, когда субъектность подростка в комплексном пациенте проявляется максимально. Это обусловлено множеством причин: склонностью подростков принижать тяжесть симптоматики, стремлением к обретению независимости и праву распоряжаться своим телом, временем, жизнью. Разрешение нормативного возрастного криза нередко связано с привнесением протестного поведения не только к окружению, но и в отношении к своему здоровью, меняя внутреннюю картину болезни подростка.

Следует отметить, что для пациентов с психиатрическим диагнозом возрастной рост субъектности имеет свои особенности, что определяется нозологической симптоматикой и дефицитом развития психических функций, обуславливающих рассматриваемую способность воспринимать, рефлексировать, понимать и анализировать информацию. В практике подростковой психиатрии кризис подросткового периода нередко является точкой обострения или эскалации болезненного процесса, сопровождающийся яркими подростковыми реакциями: эмансипации, группирования, хобби, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Совокупность этих факторов, несомненно, влияет на комплаенс, а значит и на течение болезни.

Психиатрический диагноз у ребенка является тяжелой жизненной ситуацией для родителя, что может быть сопоставимо с ситуациями тяжелого инвалидизирующего хронического заболевания, онкологической патологии. В исследовании некомплаентного поведения родителей, сопровождающих детей в процессе лечения жизнеугрожающих (онкологических / гематологических / иммунологических) заболеваний Н.В.Клипинина и С.Н. Ениколопов (2018) выделили 8 групп факторов некомплаентного поведения родителей: социально-экономические; связанные с особенностями заболевания и лечения; социально-культурные; связанные с особенностями внутренней картины болезни и лечения; связанные с социально-психологическими и личностными особенностями родителей; группа факторов, отражающих особенности взаимодействия родителя с ребенком; особенности взаимодействия/коммуникации врач-родитель; особенности информирования родителей и усваивания ими информации. Выделенные группы имеют свои особенности в отношении к родителям и их детям с психиатрическим диагнозом, что позволило нам рассмотреть их более подробно.

Социально-экономические факторы подразумевают степень доступности и уровень оказания психиатрической помощи детскому населению. Факт отсутствия специальности детская психиатрия, закрытие кафедр с подобным названием, говорит о существующих проблемах в этой области.

Факторы, связанные с особенностями заболевания и лечения определяются непосредственным течением психиатрического заболевания, его продуктивной и негативной симптоматикой, действием психотропных препаратов и их побочными эффектами. Нередко комплаентность рассматривается в узком понятии — как следование врачебным предписаниям в приеме лекарственных средств, однако мы настаиваем на рассмотрении этого процесса в динамике и его более широком понимании — комплаенс к системе лечебно-профилактических мероприятий в целом, без которых невозможно представить оказание эффективной помощи в практике детского врача-психиатра.

Особенности социально-культурных факторов сопряжены с явлениями стигматизации, дискриминации и самостигматизации в отношении больных с психиатрической патологией. Боязнь родителей за своего ребенка, страх перед отвержением обществом и дискриминацией затрудняет формирование адекватной внутренней картины болезни ребенка у родителя и препятствует принятию диагноза, а значит и комплаенсу в терапии. Особенности внутренней картины болезни у ребенка с психиатрическим диагнозом требуют изучения, исходя из биопсихосоциального подхода, с учетом всех его составляющих в их взаимодействии и динамике. Отсутствие подобных работ открывает перспективное направление для исследователей.

Факторы, связанные с социально-психологическими и личностными особенностями родителей не только могут определять комплаентность или ее отсутствие, но и являться этиопатогенетическими механизмами в возникновении, развитии и течении заболевания у ребенка. Так, например группа исследователей В.В. Мрыхина, В.А. Солдаткин и В.В. Мрыхин с соавторами (2019) показали, что параметры взаимодействия матери и ребенка, уровень их взаимной эмпатии, может иметь важное значение для формирования комплаенса при лечении шизофрении. Ими показано, что уровень психического здоровья матери является важным ресурсом для поддержания жизнеспособности всей семейной системы и необходимым условием для организации адекватной терапии больного шизофренией ребёнка. Мы разделяем сделанный авторами вывод о необходимости изучения вопросов взаимовлияния больного шизофренией и его матери в плане разработки способов коррекции возникающих при этом проблем, влияющих на комплаенс.

Данный вывод согласуется и с необходимостью учитывать группу факторов, отражающих особенности взаимодействия родителя с ребенком, как в становлении, так и в формировании не только заболевания, но и в способах совладания с ним, в формировании внутренней картины болезни. Мы вводим понятие внутренняя картина болезни ребенка у родителя и подчеркиваем важность изучения процесса принятия диагноза ребенка всеми членами семьи, включая самого ребенка, принимая динамичность и взаимообусловленность этих процессов. В рамках парадигмы системной семейной психотерапии можно говорить о внутренней картины болезни идентифицированного пациента семьи и влиять на формирование внутренней картины болезни ребенка посредством терапии семейной системы.

Немало работ посвящено исследованию группы факторов, связанных с особенностями взаимодействия/коммуникации врач-родитель, а также особенности информирования родителей и усваивания ими информации в формировании комплаентного поведения. О необходимости налаживания межличностных взаимоотношений в системе «врач – пациент – родители», работы с родителями, направленной на разъяснение сути заболевания, механизмов ее формирования, последствий болезни, тактики лечения пишут исследователи уровня родительской комплаентности и влияющих на него факторов в лечении детей гастроэнтерологического профиля. Уделяется внимание анализу связи некомплаентности родителей, с особенностями коммуникации и информирования родителей медицинским персоналом в процессе лечения детей с жизнеугрожающими (онкологических / гематологических / иммунологических) заболеваниями. Как подчеркивают А.Е. Хаин А.Е. с соавт. (2015), для родителей родителей важно получать информацию от врачей своевременно, регулярно, согласованно, доходчиво, однако поэтапно, дозировано, в условиях приватности и поддержки. Разделяя эту точку зрения, мы подчеркивали необходимость экологического информирования родителей о диагнозе ребенка, что позволяет профилактировать ятрогении и обеспечивает необходимые условия для процесса принятия диагноза ребенка и тех ограничений, которое неизбежно приносит заболевание. Важно психологическое сопровождение родителей на разных

этапах принятия психиатрического диагноза ребенка, помощь в преодолении неизбежных трудностей на пути процесса горевания.

Перечисленные факторы лежат в основе формирования и поддержания комплаенса и требуют дальнейшего изучения и необходимой коррекции для обеспечения детского и подросткового населения качественной и эффективной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощью.

В заключении следует отметить, что проблема комплаентности в детской и подростковой психиатрии остается малоизученной областью и определяет актуальность исследований в следующих направлениях:

1. внутренняя картина болезни ребенка и подростка, страдающего психическим заболеванием;
2. особенности развития субъектности ребенка», страдающего психическим расстройством в «комплексном пациенте»;
3. взаимодействие врач-ребенок, обеспечивающее формирование комплаентного поведения с учетом возрастной динамики субъектности;
4. становление и динамика внутренней картины болезни ребенка у родителя,
5. рассмотрение и изучение в рамках системной парадигмы внутренней картины болезни идентифицированного пациента (ребенка) семьи;
6. исследование факторов поддерживающих комплаенс «комплексного пациента».

По нашему мнению, необходимость таких исследований определяется критерием эффективности лечения – качеством жизни ребенка, подростка, семьи. Данная субъективная интегральная характеристика является не только критерием, но и целью эффективного лечения на основе созданного рабочего альянса.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ УСТАНОВОК У ЧУЖДИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Гребень Н.Ф.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Минск ГУ

Dysfunctional cognitive attitudes in men with alcohol dependence

Hreben N.F.

Обзор литературных источников, в которых представлены исследования лиц с алкогольной зависимостью, ярко демонстрирует тот факт, что мы имеем дело с одной из самых изученных групп пациентов. Тем не менее, вопросы эффективного лечения и реабилитации данных пациентов остаются открытыми. Это дает основания для дальнейших поисков в изучении лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

В рамках данной работы мы попытались подойти к обозначенной проблеме с позиции когнитивной психотерапии, чтобы оценить насколько характерны для лиц зависимых от алкоголя когнитивные искажения и как они встроены в их межличностные отношения. При этом нас интересовали прежде всего дисфункциональные установки, которые, по мнению Д. Вейсман, представляют собой самопоражающую систему верований человека и выступают в качестве мягких симптомов эмоциональных нарушений (Д. Бернс, 1995). Целью исследования было выявление дисфункциональных когнитивных установок и их особенностей у лиц с алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования. Общий объем выборки составил 158 человек. Исследуемую группу составили 98 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью,

средний возраст $41,2 \pm 9,1$. Группу сравнения составили 60 человек условно здоровых, не имеющих в анамнезе алкогольной зависимости, средний возраст $38,6 \pm 6,9$.

Для выявления дисфункциональных установок использовалась методика «Шкала дисфункциональности – Dysfunctional attitude scale» (А. Бек, Д. Вейсман) в модификации Д. Бернса (Д. Бернс, 1995).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ SPSS 17 for Windows и включала следующие процедуры: описательные статистики, критерий Колмогорова-Смирнова для проверки нормальности распределения данных, t-критерий Стьюдента для выявления различий в двух независимых выборках.

Результаты исследования и их обсуждение. Как показали результаты исследования, практически все когнитивные установки лиц с алкогольной зависимостью находятся в зоне эмоциональной уязвимости: одобрение ($M=-0,12$), достижения ($M=-0,42$), безупречность ($M=-3,4$), ярлыки ($M=-2,38$), всемогущество ($M=-1,08$) и одиночество ($M=-0,15$). Неуязвимость отмечена только относительно установки любовь ($M=1,59$). Неадаптивные схемы мышления в большей степени касаются установок безупречность, ярлыки и всемогущество.

Сравнительный анализ показателей средних значений в исследуемой и контрольной группах показал, что значимые различия наблюдаются по всем шкалам опросника: «Одобрение» ($t=-3,309$; $p=0,001$), «Любовь» ($t=-2,088$; $p=0,039$), «Достижения» ($t=-2,903$; $p=0,004$), «Безупречность» ($t=-3,827$; $p=0,001$), «Ярлыки» ($t=-2,573$; $p=0,012$), «Всемогущество» ($t=-7,346$; $p=0,001$), «Одиночество» ($t=-2,223$; $p=0,028$).

Количество и степень выраженности когнитивных искажений у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, указывают как минимум на субдепрессивное состояние, либо ларвированную депрессию. Согласно концепции А. Бека, у многих индивидов неадаптивные схемы мышления находятся как бы в «спящем режиме» до тех пор, пока стрессовые факторы не запустят их в полную силу, что и происходит при депрессии (А. Бек, 1979). В тоже время прием алкоголя оказывает успокаивающее действие и нивелирует тяжесть депрессивной симптоматики. В итоге лица с алкогольной зависимостью пребывают в состоянии затяжного невротического состояния, не достигающего уровня средней и тяжелой депрессии, но при этом они постепенно утяжеляют алкогольную зависимость и снижают свои адаптационные возможности по отношению к окружающему миру.

На наличие депрессивной симптоматики в структуре алкогольной зависимости неоднократно сообщается и в результатах эмпирических исследований. Известно, что хорошо подобранное медикаментозное лечение симптомов депрессии лицам, страдающим алкогольной зависимостью, способствует более длительным ремиссиям алкогольной аддикции (Ю.Э. Азимова, 2014; А.В. Андриященко, Ю.А. Шуляк, 2016). Исследование показало, что мужчины, злоупотребляющие алкоголем, по сравнению со здоровыми, более зависимы от одобрения окружающих, у них менее развито чувство собственного достоинства; больше нуждаются в любви и внимании; их самоуважение в большей степени определяется достигнутыми успехами в работе; больше стремятся быть безупречными и переживают из-за совершаемых ошибок; для них более значимы такие вещи, как успех, любовь, счастье, поэтому они хотят и требуют, чтобы окружающие, да и вся Вселенная встречали их с распростертыми объятиями за личные качества или свершения; возлагают на себя больше обязанностей, чем способны выполнить и как следствие больше подвержены чувству вины; их настроение больше зависит от внешних факторов, поэтому они плохо переносят одиночество. Особо значимыми для мужчин с алкогольной зависимостью являются верования в то, что во всем нужно стремиться к безупречности, к некому идеалу, а также быть успешным любимым и счастливым.

Недостижимость в жизни обозначенных ориентиров приводит к нарастанию психического напряжения, недовольства жизнью, разрушению самоуважения.

Выявленные когнитивные установки мужчин, склонных к злоупотреблению алкоголем, указывают на их зависимость от мнения и отношения к ним других людей, что в рамках психодинамического подхода может быть рассмотрено как слабое Эго, а в рамках экзистенциально-гуманистического как психологическая незрелость личности. Полагаем, что в данном случае мы имеем дело скорее с преморбидными особенностями личности аддиктов, а усвоенные им верования во многом детерминированы социокультурным фактором.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, мы можем констатировать, что мужчины с алкогольной зависимостью в большей степени склонны к дисфункциональным установкам, чем здоровые. Верования деструктивного характера связаны с такими установками как одобрение, достижения, безупречность, ярлыки, всемогущество и одиночество. Наиболее уязвимы мужчины с алкогольной зависимостью относительно установки безупречность. В связи с этим полагаем, что психологическая коррекция дисфункциональных установок, реализуемая в рамках когнитивной психотерапии, имеет важное значение в комплексном лечении пациентов с алкогольной зависимостью, т. к. направлена на формирования у них самодостаточности, ответственного отношения к своей жизни, так и жизни окружающих их людей.

ВЛИЯНИЕ NEUROFEEDBACK НА УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Грехов Р.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А. Б. Зборовского

Волгоград

The effect of neurofeedback on the level of subjective control in patients with rheumatoid arthritis

Grekhov RA

Ревматоидный артрит (РА) вызывает не только физические нарушения, но оказывает влияние на личность больного, как вследствие прямого воздействия болезни, так и в результате психологического переживания пациентом своего состояния, что приводит к снижению самооценки, развитию страха, тревоги и депрессии. Для эффективной терапии таких хронических заболеваний, как РА, требуется активное участие самих пациентов, которые не склонны менять привычный образ жизни и принимать ответственность за состояние своего здоровья. Многообещающим в этом отношении является использование метода биологической обратной связи (БОС).

Цель. Выявление и оценка роли психологических характеристик личности больных РА в формировании внутренней картины болезни и оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов с диагнозом достоверного РА: 65 женщин (72,2 %) и 25 мужчин (27,8 %) в возрасте от 18 до 66 лет.

Основная (n = 60) и контрольная (n = 30) группы получали аналогичное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, но пациенты основной группы дополнительно получали 12–14 ежедневных сеансов БОС с использованием комплекса Reacor «Медиком МТД», основанных на параметрах электрической активности мозга (neurofeedback) – релаксация по электроэнцефалограмме, направленная на повышение альфа-активности мозга.

Психологический статус пациентов оценивался с помощью опросника «Уровень субъективного контроля» (УСК), показатели которого рассматривались в качестве интегральной личностной характеристики пациента, оказывающей влияние на выбор индивидуальных стратегий поведения.

Результаты и их обсуждение. Для пациентов с РА характерно снижение уровня субъективного контроля (или склонность к внешнему локусу контроля), то есть убеждение в том, что они не могут эффективно контролировать симптомы своего заболевания, чему способствует неизвестность причины болезни, невозможность прогнозирования её течения, недостаточная либо отсроченная по времени эффективность лечения, в результате чего формируется пассивное, неадаптивное поведение. Отмечено, что у больных с экстернальным локусом контроля чаще возникают психологические проблемы, например, тревога и депрессия, чем у людей с интернальным локусом контроля. «Интерналы» с большей вероятностью, чем «экстерналы», стремятся узнать о своем заболевании, чаще заботятся о состоянии своего здоровья и регулярно обращаются к врачу. Поэтому, в случае болезни интернальный локус контроля способствует выздоровлению, а экстернальный часто является причиной возникновения синдрома выученной беспомощности.

Этот поведенческий паттерн (learned helplessness) впервые был описан Мартином Селигманом – это нарушение мотивации в результате пережитой субъектом неподконтрольности ситуации, то есть независимости результата от прилагаемых усилий («как ни старайся, все равно без толку»). По-видимому, теория «наученной беспомощности» может быть использована для понимания поведенческих и аффективных нарушений у больных РА. Психотерапия обладает арсеналом когнитивно-бихевиоральных методов обучения пациентов, например, тому, как контролировать риски рецидива заболевания. Перспективным представляется метод БОС, который основан на принципе саморегулирования произвольных функций организма с использованием систем внешней обратной связи.

Комплексное лечение с применением метода БОС оказалось эффективнее традиционного лечения больных РА. Одним из возможных механизмов терапевтического действия БОС является влияние когнитивных переживаний на развитие самоконтроля, переориентация внешнего уровня субъективного контроля на внутренний. Таким образом, пациенты приобретали чувство некоторой управляемости симптомами своего заболевания, стали более строго придерживаться режима лечения, принимая на себя ответственность за свое здоровье. При использовании БОС отмечалось уменьшение интенсивности боли и экссудации в суставах, увеличение их подвижности и улучшение общего самочувствия пациентов. Чувство безнадежности и беспомощности сменялось ощущением перспективы, новых возможностей, способствуя снижению болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств.

Заключение. Метод БОС оказался эффективным в комплексном лечении больных РА, так как способствовал повышению уровня интернальности пациентов в отношении к заболеванию, редукции невротической симптоматики, повышению их самооценки и качества жизни, вследствие чего его можно рекомендовать для широкого применения в ревматологической практике, как и при иных психосоматических заболеваниях.

КАТАМНЕЗ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ПОСЛЕ ПСИХОТЕРАПИИ

**Григорьева И.В., Гамова А.В.
РНПЦ психического здоровья
Минск, Беларусь**

Catamnesis of people with alcohol dependence syndrome after psychotherapy Grigorieva I.V., Gamova A.V.

Представлены результаты катамнеза лиц с синдромом зависимости от алкоголя через 6 месяцев после проведения разработанного метода психотерапии лиц с синдромом зависимости от алкоголя, склонных к агрессивному поведению.

Введение. На момент поступления в лечебно-трудовой профилакторий лица с синдромом зависимости от алкоголя (далее СЗА) часто не понимают до конца характер своих проблем, связанных с приемом алкоголя, не признают у себя тех трудностей, которые опосредованно связаны с их алкоголизацией. Учет уровня готовности к изменениям зависимых от алкоголя лиц, позволяет результативно воздействовать на сформированные формы патологических проявлений и психологической защиты. Успех психокоррекционного воздействия определяется не столько профессионально организованным сотрудничеством со специалистом, сколько личной ответственностью зависимого за изменение хода жизни, выраженной мотивацией к преобразованию духовно-нравственной сферы. Лица с СЗА остаются в собственном убеждении того, что проблем с алкоголем нет и они сами «знают», что могут в любое время с этим справиться и поэтому ничего не делают, чтобы изменить зависимый образ жизни. Такая субъективная картина восприятия существующей ситуации осложняется условиями изоляции ЛТП и приводит к отсутствию положительной установки на психотерапевтический процесс, что в целом может определить его низкую эффективность. Учет готовности к психотерапии у лиц склонных к противоправному и зависимому от алкоголя поведению важно для персонализированного подхода, формирования нормативного поведения и восстановления их социального статуса.

Материалы и методы. Исследование проводилось в группе лиц с СЗА, склонных к агрессивному поведению, находящихся в условиях пенитенциарной системы в возрасте от 21 до 60 лет (100 человек). Целью явилась катамнестическая оценка готовности к проведению психотерапии лиц с синдромом зависимости от алкоголя через шесть месяцев после применения разработанного метода психотерапии. Использовались следующие диагностические инструменты: шкала «Готовности к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES); опросник для исследования стадий психотерапии «URICA». Результаты и обсуждение. Результаты оценки стадий готовности к изменениям и готовности лечиться по SOCRATES у лиц с СЗА показали, что на первом этапе до психотерапии: по шкале «Признание» отмечался - у 54% - очень низкий уровень, у 18% - низкий, у 14% - средний, у 14% - высокий уровень; по шкале «Амбивалентность» у 8% - очень низкий, у 30% - низкий, у 22% - средний, у 19% - высокий уровень, у 21% - очень высокий; по шкале «Активные действия» у 23% - очень низкий, у 24% - низкий, у 13% - средний, у 12% - высокий уровень, у 28% - очень высокий уровень. Выявленный низкий общий уровень готовности к изменениям и готовности лечиться у лиц с СЗА по шкалам: «Признание», «Активные действия» указывал на низкую мотивацию на выход из зависимого коридора и то, что участие в лечении носит добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, желанием избавиться от болезненных проявлений СЗА и избежать наказания. После психотерапии результаты показали: по шкале «Признание» до ($24, 97 \pm 7,37$) и после ($23,60 \pm 5,58$) ($p < 0,001$) у 95% - очень низкий, 3% - низкий, 2% - средний, 0% - высокий уровень; по шкале «Амбивалентность» ($14, 32 \pm 3,8$) и после ($13,56 \pm 2,13$) ($p < 0,001$) у 16% - очень низкий, 82% - низкий, 2% - средний, 0% - очень высокий; по шкале «Активные действия» ($30, 51 \pm 7,5$) и после ($29,01 \pm 2,75$) ($p < 0,001$) у 0% - низкий, 15% - средний, 45%

- высокий уровень, 40% - очень высокий уровень. Повышение показателей по шкале «Активные действия» с наличием статистически значимых различий между показателями до и после МПАП ($p < 0,001$) указывает на активность позиции противостоять прошлым зависимым и аффективным вызовам, активизацию способности довести до конца начатое дело по выходу из зависимого и агрессивного коридора, способность с помощью интегрированных навыков демонстрировать стрессоустойчивость и противостоять внешним соблазнам.

Результаты оценки стадий готовности к изменениям и готовности лечиться по URICA у лиц с СЗА показали, что на первом этапе и втором этапе имелись статистически значимые отличия: по шкале «Стадия предразмышления» до ($22,63 \pm 5,8$) и после ($21,47 \pm 0,98$) ($p < 0,001$); по шкале «Стадия действия» до ($27,24 \pm 7,4$) и после ($25,76 \pm 2,8$) ($p < 0,001$); по шкале «Сохранение» до ($23,0 \pm 8,5$) и после ($21,3 \pm 4,3$) ($p < 0,001$).

Переход лиц с СЗА на «Стадию действия» позволил определить, что в процессе психотерапии были задействованы существенные мотивационные «ключи», которые определили динамику эффективности воздействия.

Заключение. Результаты катамнеза лиц с СЗА показали эффективность применения психотерапевтических воздействий в минимизации агрессивного и противоправного поведения лиц с зависимостью от алкоголя в краткосрочном и последующем отдаленном периоде.

ПРОЯВЛЕНИЕ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Григорьева И.В., Гамова А.В.

РНПЦ психического здоровья

Минск, Беларусь

The manifestation of a life crisis in people with alcohol dependence syndrome

Grigorieva I.V., Gamova A.V.

Представлены результаты изучения субъективного представления о жизненном кризисе лиц склонных к агрессивному поведению с синдромом зависимости от алкоголя. Рассматриваются подход, учитывающий диагностику проявлений жизненного кризиса и выделение терапевтических мишеней в процессе психотерапии лиц с зависимостью от алкоголя.

Синдром зависимости от алкоголя относится к категории социально значимых заболеваний, с многочисленными неблагоприятными медицинскими и социальными последствиями. Одним из социальных последствий зависимых от алкоголя лиц является потеря работы, повышение количества преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, что часто приводит к их вынужденной изоляции в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП). Тогда к существующим трудностям, обусловленным зависимостью от алкоголя добавляются обстоятельства, связанные с ограничением свободы, что характерно для проявлений жизненного кризиса (далее – ЖК). Состояние ЖК нарушает аффективно-когнитивное равновесие психической деятельности, создаваемой внешними обстоятельствами. Вызывает дисбаланс конструктивных и разрушительных тенденций в психической деятельности, что может спровоцировать усиление агрессивной или аутоагрессивной форм поведения у зависимых от алкоголя лиц. Исследователи отмечают, что такие лица склонны увеличивать потребление алкоголя и других психоактивных веществ, что приводит к возрастанию частоты и длительности госпитализаций, снижению терапевтической эффективности психотропных средств,

усугублению нарушений социальной и семейной адаптации в ответ на проявление
алкогольного дисстресса.

Материалы и методы. Исследование осуществлялось в группе лиц с синдромом зависимости от алкоголя (далее – СЗА), склонных к агрессивному поведению, находящихся в условиях пенитенциарной системы в возрасте от 21 до 60 лет (100 человек). В процессе реабилитации лиц с СЗА был применен разработанный метод психотерапии в структуру которого входило 12 терапевтических модулей. Для каждого модуля были определены свои цели, задачи и методы. В конце каждого психотерапевтического модуля проводилась оценка эффективности освоенных навыков и лица с СЗА заполняли лист-самоотчет.

Первый модуль «Принятие жизненного кризиса» включал принятие зависимого поведения и субъективную оценку имеющихся признаков ЖК. В качестве диагностического инструмента были использованы опросники по выявлению признаков ЖК. В рамках психотерапевтического процесса (далее – ПТП) была определена последовательность включения используемого материала: первым следовал информационный тематический блок, вторым практический блок - включающий работу с иррациональными убеждениями, техники когнитивного переструктурирования и методы арт-терапии.

Результаты и обсуждение.

При субъективной оценке проявлений признаков кризиса у лиц с СЗА использовался опросник, где признаки ЖК были объединены в три блока: тревожные, депрессивные, когнитивные. Результат анализа данных исследования позволил определить, что 100,0% лиц с СЗА выделяют наличие у себя в разной степени выраженности признаки ЖК. Преобладающим оказалось наличие отмеченных депрессивных признаков – у 100,0% лиц, тревожных – у 94,0% и когнитивного характера – у 92,0 % лиц.

В депрессивных признаках преобладали: перепады настроения – у 20,2%, желание побыть одному – у 16,1%, бессонница – у 13,7%, бегство от себя в компанию с приемом алкоголя – 12,1%, безнадежность – у 9,0%, апатия, подавленность – у 8,1%, и беспомощность – у 8,1% лиц. Это подтверждает наличие у лиц с СЗА эмоциональной неустойчивости, которая выражается в чрезмерных аффективных реакциях на внешние причины, спонтанных колебаниях настроения. Защитной реакцией в этой ситуации может выступать бегство в компании с приемом алкоголя;

В тревожных признаках преобладали: тревожность, беспокойство, страх, гневливость – у 34,3% лиц, раздражительность – у 31,4%, растерянность – у 25,1%, признаки выраженного двигательного возбуждения, напряжения отмечены у 9,1% лиц. Это свидетельствует о наличии состояния неопределенности в будущем, негибкости жизненной стратегии, жестких установок и правил, что отражает длительное нахождение в состоянии дисстресса лиц с СЗА;

Выраженность когнитивных признаков представлена: чувством вины – у 21,6%, неуверенностью в будущем – у 16,5%, самобичеванием – у 12,0%, навязчивыми мыслями – у 10,2%, чувством унижения – у 11,1% лиц. Характерными также явились ощущение сломленности – у 9,3% и враждебности – у 9,3% лиц. Это свидетельствует о частичном признании своей роли в создавшейся ситуации, сопровождающееся негативными переживаниями с чувством вины, отсутствием видения перспективы позитивных изменений. Такое восприятие обусловлено преобладанием полярного «черно-белого мышления», жесткой рамкой восприятия, сформированной в ходе интериоризации родительских ценностей и установок. Как следствие, наблюдается проявление дефицита целостного восприятия и отсутствие доступа к безоценочной когнитивной переработке опыта с поиском связей между событиями прошлого и актуальным состоянием, включением внутренних и внешних ресурсов для изменения ситуации ЖК.

В качестве иных проявлений 10,0% лиц указали трезвость, как признак ЖК, что указывает на ограниченное представление о невозможности дальнейшей жизни без употребления алкоголя, приравнивая трезвость к ЖК.

Таким образом, результаты субъективной оценки ЖК у лиц с СЗА свидетельствуют о наличии социальной дезадаптации с выраженной тревогой, беспокойством, повышенной раздражительностью, лабильностью настроения, растерянностью и неуверенностью в будущем, желанием проводить время в одиночестве или бегством от себя с приемом алкоголя, самобичеванием и чувством вины. Совокупность тревожности, гипотимии, бессонницы может свидетельствовать о наличии маскированных тревожно-депрессивных расстройств более чем у 50,0% лиц.

Изучение данных субъективной оценки причин ЖК, показало, что большая часть лиц с СЗА указывала на внешние факторы в качестве причин, обуславливающих их нахождение в ситуации кризиса – 61,2% лиц, на внутренние причины указали 38,8% лиц. Из внешних причин преобладали: финансовые трудности – у 13,7%, безработица и разрыв значимых отношений – у 9,1%, потеря близкого человека – у 8,4%, тюремное заключение – у 7,9%, неудовлетворенность работой и смена места жительства – у 5,7% лиц. Внутренние причины были представлены: злоупотребление алкоголем – 15,6 %, неудовлетворенные потребности и конфликты с окружающими – 5,3%, возраст – 4,9%, внутренняя противоречивость – 4,2%, тяжелая болезнь – 1,9%, потеря смысла жизни, разочарование – 1,6%. Таким образом, субъективная оценка причин ЖК свидетельствует о преобладании внешних причин у лиц с СЗА, значительном разрыве данных лиц с социальной сферой, который в свою очередь усиливает проявление социальной дезадаптации и жизненной неустроенности.

Закключение.

Изучение состояния жизненного кризиса позволяет выбрать оптимальные психотерапевтические подходы для проведения противорецидивной терапии зависимых от алкоголя лиц, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-АССОЦИИРОВАННУЮ ПНЕВМОНИЮ**

Гуськова О.А., Ярославская Е.И., Приленский Б.Ю., Петелина Т.И.

**Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный
исследовательский медицинский центр Российской академии наук; ФГБОУ ВО
Тюменский ГМУ Минздрава России**

Тюмень

**Clinical, psychological, socio-demographic factors and quality of life in covid-19-pneumonia
survivors**

Guskova O.A., Yaroslavskaya E.I., Prilenskii B.Yu., Petelina T.I.

COVID-19 (coronavirusdisease 2019) является высококонтагиозным заболеванием с непредсказуемым течением, которое приводит к поражению различных органов и систем, оказывает негативное влияние на психологическое пациентов и снижает качество жизни (КЖ). КЖ представляет собой комплексную характеристику значений, перспектив, функциональности, духовности и удовлетворенности жизнью с учетом культурного контекста жизни человека. Исследование КЖ чрезвычайно важно для формирования целостного представления о влиянии COVID-19 на жизнь пациента и разработки программ по восстановлению здоровья после перенесенного инфекционного заболевания.

Цель. Изучить особенности и взаимосвязи КЖ пациентов, перенесших доказанную COVID-19-ассоциированную пневмонию, с психологическим состоянием и сердечно-сосудистой патологией, через 3 месяца после выписки.

Материалы и методы. В исследование включено 102 пациента через 3 месяца после выписки из стационара с диагнозом пневмонии, вызванной вирусом SARS-COV-2. Средний возраст обследованных составил $46,53 \pm 15,86$ года. Набор материала проводился в рамках «Проспективного наблюдения пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию». Тяжесть перенесенной пневмонии, для включения в многофакторный анализ как самостоятельного показателя, оценивалась на основе данных выписного эпикриза. Для расчета парных сравнений по возрасту выделено 3 возрастные категории: 1 – 19-39 лет, 2 – 40-59 лет, 3 – 60-84 года. Для оценки КЖ использовался опросник SF-36. Признаки тревоги и депрессии оценивали при помощи диагностических шкал GeneralizedAnxietyDisorderScale (GAD-7) и PatientHealthQuestionnaire-9 (PHQ-9). Шкала воспринимаемого стресса-10 применялась для оценки наличия стресса.

Результаты. Женщины составили 50% всей выборки. Признаки тревоги характерны для 28,4% пациентов, признаки депрессии для 26,5%. У 7,8% опрошенных определены признаки стресса. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) выявлены у 48% пациентов. Наиболее распространены артериальная гипертония (44%) и хроническая сердечная недостаточность (24,5%). В самой старшей возрастной группе 3 определена наибольшая распространенность ССЗ: наиболее распространены артериальная гипертония (18,6%, $p < 0,01$), ишемическая болезнь сердца (11,8%, $p = 0,01$) и хроническая сердечная недостаточность I-II функционального класса (NYHA) (10,8%, $p < 0,01$). Физический компонент здоровья в возрастной группе 1 значимо больше в сравнении с возрастными группами 2 ($p = 0,03$) и 3 ($p < 0,01$). Корреляция между баллами опросника SF-36 по показателям, отражающим физическое здоровье (физический компонент здоровья, физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, общее состояние) и количеством ССЗ является статистически значимой, также как взаимосвязь между возрастом и КЖ. При этом коэффициенты корреляции между значениями КЖ по шкале физический компонент здоровья и возрастом выше, чем коэффициенты корреляции между значениями КЖ и количеством коморбидных ССЗ ($r = -0,427$, $p < 0,01$ и $r = -0,252$, $p = 0,01$

соответственно). В результате многофакторного анализа определено, что на физический компонент здоровья значимо влияет только возраст. Среди пациентов с ССЗ более низкие показатели КЖ связаны с физическим здоровьем.

КЖ, отражающее психологическое здоровье, определено значимо худшим в группе пациентов с наличием признаков тревоги и депрессии. Многофакторный анализ показал, что на психологический компонент здоровья в целом значимое влияние оказывают уровни депрессии и стресса.

Признаки депрессии выявлены у 18,6% женщин и у 7,8% мужчин ($p=0,01$), признаки тревоги у 18,6% женщин и 9,8% мужчин ($p=0,05$). КЖ женщин ниже в сравнении с мужчинами как по обобщенным показателям опросника SF-36 (физический и психологический компоненты здоровья), так и по его отдельным шкалам (ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, социальное функционирование, жизненная активность, интенсивность боли).

У пациентов, состоящих в браке определены более высокие показатели по шкале физического функционирования ($p=0,03$). А также среди неработающих пациентов значения по шкале интенсивность боли значимо ниже ($p=0,04$) в сравнении с теми, кто регулярно участвует в трудовой деятельности.

Обсуждение. В повышении возраста пациентов происходит ухудшение КЖ по шкалам, связанным с физическим здоровьем. Для пациентов пожилого возраста субъективная тяжесть последствий COVID-19-ассоциированной пневмонии возникает вследствие более тяжелого течения заболевания и большего числа последующих осложнений. Помимо этого, влияние оказывает возрастное снижение физиологических ресурсов организма, увеличивающее уязвимость к возбудителям инфекционных заболеваний и затрудняющее восстановление.

Низкий уровень КЖ при нарушениях эмоциональной сферы можно объяснить негативными эмоциями и представлениями, связанными с заболеванием, высоким уровнем самостигматизации и низкой самооценкой. Переживание стресса запускает нейроэндокринные изменения, которые приводят к определенным эмоциональным, когнитивным и поведенческим реакциям, отражающим состояние психологического здоровья, и нарушают адаптацию к окружающей среде.

Подверженность женщин эмоциональным нарушениям и психическим расстройствам, и, как следствие, нарушению социальной адаптации можно объяснить влиянием физиологических, психологических и социальных факторов. Женщины, перенесшие COVID-19-ассоциированную пневмонию, испытывают ограничения в повседневной деятельности по причине влияния физического состояния, эмоциональных проблем и сфокусированности на болевых ощущениях, проявляющихся в снижении жизненной активности и социального функционирования.

Положительно на КЖ влияют наличие супруга и регулярной трудовой деятельности. Наличие супруга рассматривается как фактор социальной поддержки. Брачный статус снижает вероятность развития физических, психологических и социальных проблем, связанных с возрастными изменениями. Трудовая деятельность обеспечивает духовную и эмоциональную стабильность. Помимо этого, занятость в труде является вариантом копинг-стратегии, помогающей переключаться с негативных переживаний на деятельность.

Поскольку нарушения эмоционального фона, снижение стрессоустойчивости и адаптации к переменам во внешнем и внутреннем мире подлежат коррекции, проведение мероприятий, направленных на их изменение, должно способствовать улучшению психологического компонента КЖ. Следовательно, для улучшения КЖ пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, представляется актуальным

проведение комплексных восстановительных мероприятий, включающих работу по улучшению физического и психологического здоровья, учитывающих социальный аспект жизни человека.

Выводы. У лиц, перенесших пневмонию COVID-19, через 3 месяца после выписки низкие показатели физического аспекта КЖ связаны в большей степени с возрастом. Психологический аспект КЖ ухудшается под влиянием стресса и нарушений эмоциональной сферы. У женщин в сравнении с мужчинами отмечается более низкое КЖ по всем сферам. Факторами, улучшающими КЖ, определены наличие супруга и регулярная трудовая деятельность. Проведение мероприятий, направленных на улучшение эмоционального состояния и повышение устойчивости к стрессу, должно способствовать изменению психологического компонента КЖ.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ПРИНЦИПЫ, ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ И МИШЕНИ**

Гуткевич Е.В.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН; НИ ТГУ

Томск

**Psychotherapeutic aspects of family genetic care for mental disorders: principles, ethical
foundations and targets**

Gutkevich E.V.

Генетические механизмы здоровья человека разворачиваются в семье, которая фокусирует в себе практически все аспекты человеческой жизнедеятельности, проявляя психолого-социальную и биологическую сущности. Происходящие трансформация семьи и особенности её функционирования в современном мире («новые» семьи и формы семейного устройства); новые знания в генетике, психологии, психиатрии и их интеграция в сфере психического здоровья; несомненное влияние социальных вызовов (либерализация общественных норм, гендерные и этнические отношения, цифровые технологии и различные виды мобильности) и особый контекст пандемии в последние два года (Бохан Н.А., Гуткевич Е.В., 2019; Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С. и др., 2021; WHOPress, 2021) определяют актуальность рассмотрения психологических и психотерапевтических аспектов оказания помощи семье. Цель. Установление возможностей психолого-генетической семейной диагностики и психотерапевтических интервенций в парадигме трансформации функционирования семьи на разных стадиях онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, связанных с психическим здоровьем, для совершенствования оказания семейно-генетической помощи при психических расстройствах.

Материалы и методы. Психодиагностические методы исследования эмоциональных, мотивационных, когнитивных особенностей членов семей; супружеских, родительско-детских и межпоколенных отношений («Паспорт здоровья семьи»); семейная диагностика (методический комплекс «Адаптационно-превентивный потенциал семьи») (Гуткевич Е.В., 2019); методы математической статистики. Исследовали 326 детей и подростков в возрасте от 1 года 7 месяцев до 18 лет, и 271 их родителей и других родственников; 165 лиц с психическими расстройствами детского возраста (умственная отсталость, специфические расстройства речи и навыков, детский аутизм, гиперкинетические, тревожные, фобические расстройства и др.) и их 109 родителей; 87 больных шизофреническими расстройствами и 36 их родственников в возрасте от 23 до 64 лет; 677 здоровых лиц в возрасте от 18 лет, 377 семей из регионов Сибирского федерального округа Российской Федерации и Казахстана.

Результаты и обсуждение. Диагностика и квалификация триединых отношений в семье – супружества, родительства, межпоколенных связей определяют психологические особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Адаптационно-превентивный потенциал (три уровня) семьи психически больного определяет генетические и социально-психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения, сформировавшиеся вследствие болезни её члена. Психолого-генетические феномены характеризуют поведение и адаптацию индивида и семейной системы в условиях семейно-генетического кризиса. Технология их квалификации: 1) определение уровня психического здоровья пробанда – психическое здоровье, психоадаптационное-психодезадаптационное состояние – предболезнь (донозологические формы, инициальный период), клинические формы психических расстройств; 2) выявление коморбидных состояний, генетической предрасположенности; генетическое тестирование; 3) установление стадии онтогенетического цикла семьи пробанда и формы семейного устройства; определение этапа семейно-генетического кризиса; 4) диагностика индивидуально-личностных и межличностных внутрисемейных и метасемейных отношений нуклеарной семьи пробанда в условиях семейно-генетического кризиса; 5) изучение межпоколенных взаимодействий в родительской и расширенной семье пробанда; 6) формулирование психолого-генетического статуса и уровня адаптации семьи пробанда, программы оказания помощи, в том числе психотерапевтической; 7) проведение интервенций в рамках семейно-генетической превенции и адаптации, психосоциальной реабилитации; 8) динамическое наблюдение и оценка эффективности оказания помощи. Особое внимание уделяется изучению семейной истории консультирующегося (пробанда). Составление и анализ родословной («психосоциогенограмма» в психологии и психотерапии) врачом-генетиком, как основа оказания специализированной помощи, является одним из подходов в психотерапевтической работе, а выяснение родственных связей консультирующимися помогает им осознать свою принадлежность к роду, связь поколений, ощутить наличие «семейных корней». Психологическая помощь состоит из нескольких этапов: проводится психодиагностическая работа с пациентом (пробандом) и его родственниками, одновременно необходима психологическая экспертиза врача-генетика. При этом профессиональная работа строится на формировании ответственности перед пациентом и членами его семьи. В значительной степени это связано с понятиями долга, ответственности, определяющими «что и как делать, сообщать семье». Следующий этап проводится совместно с психологом и психотерапевтом в рамках психокоррекционной психотерапевтической помощи. Причем психодиагностическая, а затем и психотерапевтическая психокоррекционная работа должна включать осознание собственного выбора и полной готовности родственников к принятию решения с учетом возможных последствий. В случае классического медико-генетического консультирования и выбора родителями рождения ребенка психологическая помощь заключается в гармонизации семейных отношений, принятии характерологических особенностей супругов или других членов семьи, расширении опыта семейно-ролевого функционирования и освоении новых ролевых позиций с учетом перспективы развития семейной группы. Применяются личностно-ориентированная и семейная психотерапия с коррекцией детско-родительских, супружеских и других родственных отношений, создается психологическая поддержка и групповое обучение семьи конструктивному взаимодействию. Если речь идет о взрослых членах семьи, то учитываются особенности личности больных психическими расстройствами, их когнитивно-мотивационной сферы, а также особенности семейного окружения. Для коррекции в случае «позитивной коалиции» (Семке А.В., Зражевская И.А., Кулешова Н.А., 2007), в семьях с наследственной

отягощенностью шизофренией психотерапевтическое воздействие, индивидуальная психотерапия направлено на смягчение психопатологической симптоматики, ослабление проявлений гиперпротекции, контроля, повышение самостоятельности и креативных способностей больных. При «негативной и игнорирующей коалициях» основными задачами психотерапии являются смягчение психопатологической симптоматики, преодоление анозогностических установок и отвергающей позиции, принятие факта болезни, расширение круга общения больных и предотвращение их изоляции. В семьях с пограничными психическими расстройствами, в частности истерическими, психотерапевтическая работа нацелена на сознательную перестройку психологической структуры личности с формированием новых внутрисемейных отношений, снятие напряженности, конструктивное решение семейных проблем, применяются психотехники, сконцентрированные на переосмыслении пациентом своей роли в сложившейся ситуации и на поиске позиций и сфер, в которых пациент не ощущал бы своей несостоятельности. Используются техники системной семейной психотерапии, такие как циркулярное интервью, положительная коннотация, проективные рисуночные тесты, расстановочные куклы, метод напольных якорей; групповые занятия, социально-ориентированные формы психотерапии.

Для родственников больных создана образовательная программа и сформирована открытая психотерапевтическая группа на принципах поддерживающей психодинамической терапии (Иванова А.А., Рудницкий В.А., Костин А.К. и др., 2015; Дубровская В.В., Корнетова Е.Г., Семке А.В. и др., 2019). В настоящее время расширен спектр он-лайн технологий. В психологической и психотерапевтической работе главной задачей функционального центра семейно-генетической превенции и адаптации «Психическое здоровье семьи» является помощь членам семьи в приобретении нового опыта семейного взаимодействия, в предоставлении членам семьи фактов, с помощью которых они смогут принять свое собственное решение на основе базового этического принципа информированного согласия, поддержка и сопровождение семьи.

Закключение. Представлены актуальные научные данные о семьях лиц с нарушениями психического здоровья, рассматриваются психолого-генетические феномены их функционирования на разных стадиях онтогенетического цикла. Описаны различные психотерапевтические подходы, направления, техники семейно-генетической помощи при психических расстройствах.

**ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И СОДЕРЖАНИЕМ
НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

**Давидовский С.В., Игумнов С.А., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Картун Л.В.,
Ходосовская Е.В., Давидовская Я.С.**

**УО "БелМАПО"; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФУО "БГМУ
Минск, Москва**

**Relationship between suicidal risk and the content of neurotrophic proteins in blood plasma
Davidovsky S.V. , Igumnov S.A. , Ibragimova Zh. A., Goncharik A.V. , Kartun L.V.,
Chodosovskaya L. V., Davidouskya Y.S.**

Цель исследования: выявить зависимость между содержанием нейротрофических белков BDNF и SAT1 в плазме крови и риском совершения суицида.

Материал, методы и дизайн исследования.

Для проведения исследования были сформированы 3 группы пациентов: группа лиц, совершивших суицидальную попытку с использованием высоколетальных способов ухода из жизни (ГЛИВС); группа лиц, совершивших суицидальную попытку другими различными способами (ГЛССРС) и группа сравнения (ГС), включающая лиц с диагнозом «расстройство адаптации» (F43.2), суицидальных попыток ранее не совершавших.

В процессе исследования определялось содержание нейротрофических белков BDNF и SAT1 в периферической крови пациентов и анализировались различия этих показателей между исследуемыми группами.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов с высоким уровнем риска суицидального поведения уровни нейротрофических белков BDNF и SAT1 в плазме крови были снижены. У мужчин сниженный уровень BDNF являлся индикатором всех форм суицидального поведения, а сниженный уровень SAT1 – индикатором истинно суицидального поведения. У женщин сниженные уровни BDNF и SAT1 свидетельствовали о склонности к парасуицидальному поведению.

Выводы:

Показатели содержания нейротрофических белков BDNF и SAT1 в периферической крови лиц, совершивших суицидальную попытку или обращающихся за психиатрической помощью, можно использовать для прогнозирования суицидального риска.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

Даренский И.Д.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Москва

Rehabilitation potential of drug treatment centers

Darenskiy I.D.

Значительное число наркологических больных и количество центров их реабилитации обуславливает актуальность исследований нормативов и оценки реабилитационной деятельности. Так называемый «реабилитационный потенциал больного» имеет меньшее значение, чем реабилитационный потенциал наркологического центра (РПНЦ), поскольку больных независимо от особенностей заболевания желательно направлять в наилучшие центры. РПНЦ служит как ориентир больным для выбора и одновременно повышения качества работы центров. Однако оценка РПНЦ по факту наступления и длительности ремиссии у пациентов является некорректной, т.к. ремиссия зависит не только от результатов усилий реабилитологов, но и условий жизни пациентов, в то время, как факт

ремиссии и ее длительность может служить мерилем организации и работы всей наркологической службы и социального окружения пациентов. Необходимы иные критерии определения РПНЦ.

Цель исследования состояла в применении уровня используемых средств и задач реабилитации в качестве критериев оценки эффективности работы реабилитационных центров.

Материалы и методы. Составлен перечень используемых психотерапевтических методов пяти центров реабилитации наркологических больных и оценена решенность задач реабилитации в беседе с пациентами, прошедшими программу. Полученные наблюдения сопоставлены с длительностью ремиссий этих больных, сведения о которой поступали в центры через полгода после выписки. В каждом центре анализировались сведения о 50 больных героиновой зависимостью.

Результаты. В центре с минимальной реабилитационной программой применялась изоляция на период реабилитации, формирование терапевтической установки на воздержание от наркотиков, на трезвый образ жизни, участия в реабилитационной программе, на психотерапию и конкретные ее виды, нивелирование астенических, аффективных и поведенческих расстройств обусловленных употреблением наркотиков, восстановление эмоциональной адекватности, психотерапевтическое купирование ПВА и тренинг резистентности и десенситизация к наркотикам. Профилактика срывов и рецидивов заболевания достигается обучением умению определять предвестники обострения влечения к психоактивным веществам и навыкам отказа от наркотиков, противостояния стрессовым ситуациям. С помощью рациональной психотерапии формируется адекватное отношение к собственному здоровью, корректируется внутренняя картина болезни с формированием адекватного отношения к болезни, нормонозогнозической картины заболевания.

Когнитивная психотерапия воздействует на мотивационную сторону личности, мотивы потребления наркотиков и их психологическую основу, раскрытие субъективной цели употребления, осознания истинных мотивов употребления наркотиков и стремления к нормативному удовлетворению фрустрированных потребностей, осознание и убеждение на опыте возможности решения фрустрационных потребностей без употребления наркотиков. Полугодовая ремиссия у больных этого центра отмечалась в 10 случаях.

Во втором центре помимо указанного выше использовалась программа сообщества анонимных наркоманов, имаготерапия и психодрама с трансформацией образа наркоманического поведения, образа жизни, завершением образа наркотического поведения, формированием адекватного отношения к трезвенническим формам поведения, трансформацией образа трезвеннического поведения, образа жизни. Создание субъективных трезвеннических альтернативных форм поведения дополняется практическим освоением образа трезвого поведения. Это обусловило ремиссию у 11 больных.

В третьем центре поведенческая терапия в виде терапевтического сообщества направлена на коррекцию мотивов и ценностных ориентаций, повышение независимости, зрелости, ответственности, активизация самосознания. Помощь в осознании больным факторов микросоциального окружения, особенностей адаптации их в быту семье, др. сферах и их роли в развитии и рецидива заболевания

Включение в программу реабилитации обучения анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения, деактивацию наркотической субличности и ее влияния на личность в целом, осознание и развитие здоровых конструктивных частей личности, формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок и ответственности за свое поведение и здоровый образ

жизни, формирование реальной жизненной перспективы, восстановление коммуникативных навыков и возобновление положительных социальных контактов, формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов, восстановление установки на систематический труд и учебу. Пребывание в этом центре оказало влияние на становление полугодовой ремиссии у 15 больных.

В четвёртом центре используется арттерапия, имаготерапия, экзистенциальная и логотерапия для воздействия на содержательную сторону личности в плане перспективности, реализованности, поиск смысла бытия. Это помогает осознать больным собственные психологические проблемы, формирует адекватное представление о собственной личности, корректирует самооценку, осознание свойств и особенностей собственного характера и их роли, способностях (самооценка), жизненных планах. Коррекция характерологических черт больного дополняется коррекцией системы отношений личности больного, изменением направленности поведения и образа жизни, микросоциальных связей и отношений. Ремиссия наблюдалась у 17 больных.

Наконец, в пятом центре психотерапевтическая программа предусматривает коллективную психотерапию с элементами самоуправления, трудовой занятостью, социальный тренинг, тренинг трезвеннических форм поведения и формирование референтной группы с включением пациента в нее. Это позволяет осуществить практическую реализацию трезвеннического образа жизни, обучение приемам саморегуляции для преодоления влечения к наркотикам, снятия эмоционального напряжения, повышения психической резистентности. Происходит формирование навыков трезвеннического поведения, здорового образа жизни, повышение социально-психологической адаптации.

Кроме того проводится восстановительная терапия, которая включает устранение психических последствий употребления наркотиков (клинико-психологическая компенсация), повышение устойчивости центральной нервной системы к внешним воздействиям, воссоздание психологической резистентности к провоцирующим ситуациям и восстановление инструментальных психических функций.

Программа содержит семейную психотерапию и работу с родственниками больных по формированию терапевтических установок и мотивов обращения с восстановлением семейных отношений, направленной на расширение их знаний о медико-социальных последствиях наркомании, обучение навыкам оказания психологической поддержки больным и контролю их состояния с целью предупреждения рецидивов заболевания, преодоление созависимости. В центре действует клуб выписанных больных с амбулаторным консультированием. Последняя программа существенно повлияла на число больных с ремиссией, которое достигало 30 человек.

Таким образом, в центрах реабилитации с большим арсеналом методов психотерапии, перечнем задач и высокой степенью их решенности у больных значимо чаще отмечались ремиссии в течение полугода. Однако совершенно очевидно, что число больных с ремиссиями изменчиво и не может служить постоянной мерой эффективности работы центра реабилитации, в то время как методическая оснащенность их четко и легко определяется.

Заключение. В организации реабилитации наркологических больных важное значение имеет учет РПНЦ. Определение спектра мероприятий, оказываемых больным наркоманией на этапе реабилитации, оценку работы и РПНЦ целесообразно проводить на основании оснащенности средствами психотерапии и перечня решаемых задач и успешности их выполнения. Эти критерии легко и быстро доступны, а также достаточны и более объективны в отличие от отдаленных результатов и длительности ремиссий.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ВОЕННОГО ДИСТРЕССА

Евтушенко Е.И., Токарева А.С., Панченко Д.Р.

**Городская психиатрическая больница №1, Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького**

Донецк

Features of the therapy of mental disorders resulting from the action of military distress

Evtushenko E.I., Tokareva A.S., Panchenko D.R.

Введение. В течение последних семи лет на территории Донбасса ведутся боевые действия. Всё население, проживающее в этом регионе, подвергается действию военного дистресса. Современный Донбасс это военный регион с ежедневными обстрелами прифронтовых районов, разрушенными школами, больницами, магазинами, дорогами, церквями, и другими объектами инфраструктуры городов и сел нашего региона. Постоянная политическая истерия, доносящаяся из средств массовой информации, по поводу активизации боевых действий стимулирует пессимистические настроения населения. Прогрессирующие ухудшение финансово-экономического положения дел, затянувшийся политический кризис, комендантский час, отсутствие перспективы на мирное решение конфликта дополняют картину. Всё это провоцирует рост количества психических расстройств в нашем регионе. При этом стоит отметить что растёт не только амбулаторная группа пациентов, но и увеличивается численность стационарных пациентов, с удлинением средних сроков пребывания на койке с круглосуточным наблюдением. Нами предпринята попытка изучить какие имеются особенности в лечении наших пациентов.

Цель исследования. Определить какие существуют особенности в лечении пациентов с расстройствами психики и поведения, проживающих в зоне длительного воздействия военного дистресса.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение семи лет, с 2014 по 2020 годы, на базе Городской психиатрической больницы №1 города Донецка, в стационарных (для пациентов с тяжелыми нозологическими единицами), и амбулаторно поликлинических подразделениях (для пациентов с более легкими психическими расстройствами). Общее число принявших участие в наблюдении пациентов 934 человек. Все участники исследования были старше 18 лет, дети и подростки в исследовании участия не принимали. По гендерному признаку все пациенты разделились следующим образом: 411 мужчин (44%); 523 женщины (56%). По социальному статусу следующее разделение: работающие 193 (20,6%) человека; неработающие 741 (79,4%) человек. По наличию группы инвалидности: не инвалиды 301 (32,2%) пациент; инвалиды 347 (37,1%) пациентов; получившие группу инвалидности в ходе исследования 286 (30,7%) пациентов. Пациенты получавшие медикаментозную терапию бесплатно, из фондов гуманитарных конвоев Российской Федерации 501 (53,6%); пациенты приобретавшие все необходимые препараты самостоятельно 28 (3%); пациенты получавшие медикаменты как бесплатно, так и на платной основе 405 (43,4%) человек. Всё медикаментозное лечение назначалось строго в соответствии с действующими клиническими локальными протоколами. Пациенты у которых возникали нежелательные побочные эффекты, выводились из исследования незамедлительно. Наряду с медикаментозной терапией применялись и методы психотерапевтического лечения. Такие, как рациональная когнитивная психотерапия, поведенческая личностная психотерапия, и другие виды психотерапевтической коррекции поведения. С нашими пациентами постоянно работают клинические медицинские психологи.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев, для достижения хорошего клинического отклика, нам приходилось увеличивать среднесуточные дозировки всех препаратов, всех биохимических групп: антидепрессантов, антипсихотиков, антиконвульсантов, тимостабилизаторов, анксиолитиков, на 50, а зачастую и более, процентов. Все полученные нами результаты говорят об одном: хронический стресс военного времени является главным фактором риска и основной причиной появления и распространенности психических расстройств, увеличения сроков длительности течения острого и подострого периодов болезни, утяжеления психотических и депрессивных симптомов заболеваний, увеличения среднесуточных дозировок медицинских препаратов назначаемых пациентам, ухудшения клинического прогноза болезни, с последующим формированием нейрокогнитивной дефицитарной симптоматики, и как следствие, выходом на инвалидность.

Заключение. Из проведенного нами исследования необходимо сделать вывод, что для более эффективного лечения психических заболеваний у населения военного региона, достижения более длительной и более стойкой ремиссии, предотвращению формирования стойкой нейрокогнитивной дефицитарной симптоматики и, как следствие, более раннего выхода на инвалидизацию, следует применять медикаментозную терапию с увеличением среднесуточных дозировок препаратов на 50 и более процентов, вводить в схему лечения новые для пациентов препараты, обязательно добавлять лечение методом психотерапевтической коррекции, и проводить регулярные консультации медицинского психолога. Только слаженная работа единой команды: психофармаколога, психотерапевта и медицинского психолога сможет победить психические заболевания, возникающие вследствие действия военного дистресса.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ДЕВУШЕК С ДЕПРЕССИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бойко О.М., Жабина Д.В.
**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Научный центр
психического здоровья", отдел медицинской психологии
Москва**

Psychopathological symptomatic for young women with depression, who have had COVID-19.
Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Boyko O.M., Jabina D.V.

Факторы текущей пандемии COVID-19: угроза заражения, непредсказуемость течения заболевания, принимаемые меры социальной изоляции и ограничений, опасение за жизнь близких - оказывают негативное влияние на качество жизни и психическое состояние каждого человека. Люди, страдающие психическими заболеваниями, острее реагируют на сложившуюся ситуацию, так как больше нуждаются в спокойной, предсказуемой обстановке и хуже переносят неопределенность.

Воздействие стрессовых условий изоляции / карантина, тяжелой утраты, тревоги по поводу инфицирования, тяжелого течения заболевания является фактором риска появления или роста уровня психопатологических симптомов.

Перенесенное заболевание может оказывать длительное влияние на психическое состояние. Часть психопатологической симптоматики, особенно показатель «соматизация» или «депрессия», но также и другие симптомы в ряде исследований отмечаются как продолжающиеся через несколько месяцев после заражения covid-19, что позволило говорить о длительном коронавирусе и даже ввести специальный термин «Long covid». Люди с «длительным ковидом», сообщают, что их повседневное функционирование

нарушено, а некоторые из них не могут вернуться к работе и своему прежнему активному образу жизни.

Целью исследования была оценка связи перенесенной коронавирусной инфекции с уровнем психопатологической симптоматики у девушек с депрессией

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 34 пациентки, в возрасте от 16 до 25 лет, которые находились на стационарном лечении в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, эндогенные депрессивные расстройства относились к следующим диагностическим рубрикам: биполярное аффективное расстройство (F31.4-F31.5), циклотимия (F34.0), шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными колебаниями (F21.3-F.21.4+F33.2) и расстройство личности с биполярными фазами (F60.X). Среди пациенток клиники 16 человек ответили, что они перенесли новую коронавирусную инфекцию. Обследование проходило на этапе становления ремиссии.

Контрольную группу составили 176 девушек того же возраста, которые отвечали на опросники в ходе анонимного интернет опроса Ссылки на опрос были размещены в социальной сети «Facebook» на личных страницах и в группах, объединяющих людей по территориальному признаку. В контрольной группе 39 девушек отметили, что перенесли COVID-19.

Всего в исследовании приняли участие 210 человек.

Все испытуемые ответили на опросник о пандемии, который, который включал, помимо социодемографических вопросов и вопроса о перенесенном заболевании, вопросы о субъективной оценке своего психического состояния, среди них вопрос о качестве сна, подавленности (выбор по 10-бальной шкале); мыслях о смерти, мыслях о суициде, оценке будущего (выбор по 5 бальной шкале).

Кроме того, все ответили на вопросы Симптоматического опросника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) [Тарабрина, 2001; Derogatis, Savitz, 2000]. Опросник SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал, в том числе: соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, а также индекс тяжести состояния, индекс тяжести наличного дистресса и число беспокоящих пациента симптомов.

Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS. Сравнение выраженности признака в группах проводилось с помощью метода ANOVA для гомогенных выборок, или критерия Манна-Уитни для негомогенных. Приведены только статистически значимые результаты.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал и в клинической группе, и в контрольной группе статистически значимое увеличение выраженности психопатологической симптоматики у тех, кто перенес заболевание новой коронавирусной инфекцией. В клинической группе статистически значимые различия были выявлены между теми кто не болел коронавирусом и теми, кто перенес инфекцию по таким параметрам SCL-90R как «соматизация», «навязчивости», «сенситивность», «депрессия», «тревожность», «психотизм» и для интегральных показателей «GSI Общий индекс тяжести состояния», «PDSI Индекс тяжести наличного дистресса». Для контрольной группы статистически значимые различия между теми кто не болел коронавирусом и теми, кто перенес инфекцию были выявлены для тех же параметров, что и в клинической группе (за исключением «сенситивности», увеличение которой было на уровне статистической тенденции), но кроме этого также для параметров «враждебность» и «паранояльность» и «PSI число беспокоящих симптомов». Так, для параметра «депрессия» значения были $1,171 \pm 0,783$ и $2,280 \pm 0,692$ в клинической группе для тех, кто не болел коронавирусом и тех,

кто перенес инфекцию соответственно, и $1,136 \pm 0,919$ и $1,688 \pm 0,786$ в контрольной группе. Интегральный показатель «общий индекс тяжести» $0,933 \pm 0,662$ и $1,585 \pm 0,636$ для клинической группы для тех, кто не болел коронавирусом и тех, кто перенес инфекцию соответственно, для контрольной группы $0,806 \pm 0,633$ и $1,295 \pm 0,65$.

Так же в клинической группе те, кто перенес коронавирус, имели более высокие показатели при ответах на вопрос «бывают ли у вас мысли о смерти» ($0,500 \pm 1,150$ и $2,000 \pm 1,569$ для тех, кто не болел коронавирусом и тех, кто перенес инфекцию) и «бывают ли у вас мысли о том, чтобы покончить с собой» ($0,222 \pm 0,732$ и $1,429 \pm 1,505$ в клинической группе для тех, кто не болел коронавирусом и тех, кто перенес инфекцию), «ощущение безнадежности будущего» ($1,222 \pm 1,166$ и $2,929 \pm 1,639$ для тех, кто не болел коронавирусом и тех, кто перенес инфекцию).

Только в клинической группе перенесенная инфекция была связана с ухудшением качества сна ($8,000 \pm 1,910$ и $5,643 \pm 3,543$ оценка качества сна для не болевших и переболевших) и с более выраженной подавленностью ($2,889 \pm 2,720$ и $4,929 \pm 2,814$). Для контрольной группы такой статистической зависимости выявлено не было.

В контрольной группе перенесенная инфекция была связана с более высокими показателями «враждебности» ($0,729 \pm 0,746$ и $1,491 \pm 0,985$) и «паранояльности» ($0,649 \pm 0,711$ и $1,237 \pm 0,796$). Для девушек с депрессией эта связь статистически выражена не была.

Несмотря на то, что значения показателей психопатологической симптоматики значимо выше в клинической группе, можно сделать вывод, что перенесенная новая коронавирусная инфекция оказывает аналогичное влияние на обе группы – клиническую и контрольную, и приводит к увеличению выраженности психопатологической симптоматики.

Учитывая, что все девушки из клинической группы обследовались на стадии становления ремиссии после адекватного лечения, можно предположить, что поскольку девушки с перенесенным COVID-19 на этой стадии лечения находятся в более тяжелом состоянии, это связано как с изначально более высокими симптоматическими показателями, так и, возможно, с более выраженной резистентностью к лечению. Последнее предположение требует дальнейших исследований.

Выводы

Несмотря на то, что по всем опубликованным данным молодые люди реже заболевают новой коронавирусной инфекцией и переносят ее относительно легко, наше исследование показало, что у девушек, которые перенесли инфекцию, повышается уровень практически всех показателей психопатологической симптоматики. В стационаре факт перенесенной новой коронавирусной инфекции можно рассматривать как фактор утяжеления течения основного психиатрического заболевания.

Среди «нормативной выборки» можно ожидать увеличение проявлений психопатологической симптоматики, и соответственно, увеличения обращений за психиатрической помощью.

При оказании психотерапевтической помощи людям, которые перенесли COVID-19, важно учитывать увеличение «мыслей о смерти» и «мыслей о том, чтобы покончить с собой» для профилактики суицидального риска.

Другой важной темой для психотерапевтической работы может быть тема планирования будущего.

Исследования выполнено при поддержке гранта РФФИ N 21-18-00129

**ОСОБЕННОСТИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА С ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ В ЛЕВОМ И ПРАВОМ
ПОЛУШАРИИ**

Ермакова Н.Г.

РГПУ .А.И.Герцена

Санкт-Петербург

**Features of higher mental functions and their impact on the quality of life of patients with the
consequences of a stroke with a lesion in the left and right hemispheres**

Ermakova N.G.

Нарушения высших психических функций (памяти, внимания, праксиса) нередко затрудняют процесс восстановительного лечения больных после инсульта, являясь препятствием для успешного проведения восстановительных мероприятий. (Кадыков А.С., Шапаронова Н.В. 2017; Huang X., et al.2018;). В связи с чем, актуальным является изучение высших психических функций больных с последствиями инсульта с очагом поражения в левом и правом полушарии, и их влияние на качество жизни.

Целью исследования являлось изучение высших психических функций у больных с разной полушарной локализацией очага поражения после инсульта и их взаимосвязей с качеством жизни.

Материалы и методы. В исследование участвовали 192 больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения, в возрасте от 38 до 65 лет; 150 мужчин, 42 женщины; С давностью заболевания от 2-х месяцев до 6 месяцев наблюдалось 92 больных; от 6 месяцев до года – 95 больных; от года до 3-х лет – 5 больных. С левополушарной локализацией очага поражения наблюдалось 111, с правополушарной локализацией очага - 81 больной. ишемический инсульт наблюдался у 183, геморрагический у 9 больных. Очаг поражения был подтвержден клиническим и нейровизуальным исследованием (КТ, МРТ, ПЭТ). Двигательные нарушения наблюдались преимущественно в форме гемипарезов легкой степени - у 95 больных, средней тяжести – 97 больных. У 18 больных были выявлены остаточные проявления речевых нарушений в виде афазии; у 20 больных наблюдались проявления апраксии.

Не включались в исследование больные с сопутствующим эпилептическим синдромом, с выраженными когнитивными и двигательными нарушениями. Больные проходили лечение в условиях стационарной реабилитации городской больницы №40 Санкт-Петербурга. В процессе комплексного восстановительного лечения все больные получали лекарственную терапию, лечебную физкультуру, физиотерапию, бытовую реабилитацию, психологическую помощь, при необходимости логопедическую помощь.

Методы исследования. Проводились клинико-психологические и экспериментально-психологические методы исследования. Применялись таблицы Шульте, корректурная проба, запоминание 10 слов, запоминание цифр, пересказ, интерпретация пословиц, кубики Коса, описанные в работах Лурия А.Р. (2000, 2013); Рубинштейн С.Я. (2010); Вассермана Л.И и др.(1997). Использовалась методика MMSE (краткая оценка когнитивных функций); личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), изучалась оценка самообслуживания (шкала Бартела, ФИМ), (Белова А.Н. и др., 2002, 2010), качество жизни по методике Логанова К.В. и др. (1999); отношение к болезни и лечению по шкале (Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. 2004).

Нами проведен сравнительный анализ показателей высших психических функций больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения с применением критерия Стьюдента и Манна Уитни. Проведен корреляционный анализ

полученных результатов с применением коэффициента корреляции Спирмена. Работа проводилась с помощью компьютерной программы Statistica ver 10.0, SPSS ver.19.

Результаты исследования и их обсуждения. Показатели больных с левополушарной локализацией очага поражения по возрасту, качеству жизни, значимо не отличались по критерию Манна-Уитни от показателей больных с правополушарной локализацией очага поражения. Не выявлено значимых различий по пробам на внимание (таблицы Шульте, корректурная проба) и вербально-логическое мышление (пересказ и интерпретации пословиц).

В то же время, больные с очагом поражения в левом полушарии были значимо успешнее при выполнении проб конструктивного мышления, кубиков Коса. ($p < 0,01$). Это свидетельствует о трудностях в работе оптико-пространственных функций, праксиса у больных с правополушарной локализацией очага поражения. При запоминании слов ($p < 0,05$) и цифр ($p < 0,05$), пробе MMSE ($p < 0,05$), также показатели значимо лучше у больных с очагом поражения в левом полушарии, у них выше показатели самообслуживания по шкале Бартела ($p < 0,05$), но и значимо выше реактивная тревожность ($p < 0,05$). Можно предположить, что возрастанию тревожности способствует более выраженная бытовая проблематичность у больных с очагом поражения в левом полушарии. Они при правостороннем гемипарезе вынуждены обучаться и все выполнять левой (здоровой) рукой. Происходит перестройка психической регуляции двигательной функции, переложение навыка с одной руки на другую, с включением речи (внешней и внутренней), мышления, памяти, внимания. Как отмечал Лурия А.Р. (2000; 2013), формирование и перестройка функции происходит с неизменным участием всех высших психических функций, включая речь и мышление. Можно предположить, что вынужденная мобилизация психических функций у больных с левополушарной локализацией очага поражения способствует развитию большей ответственности за исход восстановления нарушенных функций. Показатель отношения к болезни (принятие болезни и готовность к выполнению процедур) значимо выше у больных с левополушарной локализацией очага поражения ($p < 0,0001$),

Показатель «качества жизни» у больных с локализацией очага поражения в левом полушарии имеет значимые корреляции с показателями по шкале Бартел (+0,515); по шкале ФИМ (+0,530); с показателями MMSE (+0,64), запоминание слов (+0,61), запоминание цифр (+0,47); пересказ (+0,43); интерпретация пословиц (+0,44); таблицы Шульте - 1 (-0,46); и с реактивной тревожностью Спилбергера (-0,47); HADСтревогой (-0,42). Показатель качества жизни у больных с левополушарной локализацией очага поражения во многом зависит от показателей высших психических функций.

Показатель «качество жизни» у больных с локализацией очага поражения в правом полушарии имеет значимые и выраженные корреляции лишь с показателями самообслуживания по шкале Бартел (+0,562); и ФИМ (+0,621); а корреляции с показателями высших психических функций невысоки. На качество жизни у них положительно влияет возможность привычного самообслуживания здоровой правой рукой, и возможность речевой коммуникации.

Заключение. По показателям высших психических функций у больных с правополушарной локализацией очага значимое снижение отмечалось при выполнении проб конструктивного мышления, и памяти (запоминание слов, и цифр) по сравнению с больными с очагом поражения в левом полушарии. Это свидетельствует о более выраженных трудностях в работе оптико-пространственных функций, праксиса и памяти у больных с правополушарной локализацией очага поражения.

У больных с очагом поражения в левом полушарии значимо выше отношение к болезни (принятие болезни и готовность выполнять процедуры), чем у больных с локализацией

очага в правом полушарии. У них отмечалась более выраженная реактивная тревожность, обусловленная большей бытовой проблематичностью (правосторонний гемипарез).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки программ коррекции высших психических функций, эмоционального состояния, отношения к болезни и к лечению для больных с последствиями инсульта, как с очагом в левом, так и в правом полушарии, что может способствовать большему включению в процесс восстановительного лечения и повышению качества жизни.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Зарубина Н.В., Спириин Н.Н.

**ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» г. Москва ФГБОУ ВО Ярославский
государственный медицинский университет Минздрава России**

Москва, Ярославль

Assessment of quality of life in patients with multiple sclerosis

Zarubina N.V., Spirin N.N.

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое демиелинизирующее заболевание, в основе которого лежит комплекс аутоиммунных, воспалительных и нейродегенеративных процессов, приводящих к множественному очаговому и диффузному поражению центральной нервной системы следствием которого является инвалидизация пациентов и значительное снижение качества жизни. (Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров 2009). Заболевание занимает второе место по встречаемости среди пациентов молодого трудоспособного возраста. При проведении клинического исследования уже на ранних этапах выявляются психические нарушения. Отмечено, что 60% больных РС страдают депрессивными расстройствами (Feinstein A., 2011). Оценка качества жизни (КЖ) помогает определить, каким образом болезнь влияет на психологическое, социальное, физическое и духовное благополучие человека, и найти адекватные способы лечения и реабилитации (Новик А.А., Ионова Т.И 2007).

Цель исследования: изучение факторов влияющих на состояние пациентов и оценка качества жизни больных РС.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 203 человека, больных рассеянным склерозом, где возраст больных РС на момент обследования составлял от 15 до 60 лет.

Диагноз РС устанавливался согласно критериям W. I. McDonald (2010, 2017). Все участники получали препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС) и перед включением в исследование подписали информированное согласие. Оценка достоверности различий по количественному признаку определялась критерием Манна - Уитни (U). Корреляционный анализ проводился при помощи непараметрического критерия Спирмена (R). Статистический анализ проводили с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) для независимых выборок в программе Statistica 10,0.

Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 врачом психиатром. В исследовании использованы шкалы: ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера, астенического состояния (ШАС). Для выявления уровня депрессии применялась шкала А. Бека и шкала самооценки депрессии института им. Бехтерева. Для определения качества жизни использовались опросники SF-36 и MSQoL-54.

Результаты: Полученные результаты выявили, что ухудшение качества жизни у пациентов с рассеянным склерозом начинается уже на ранних сроках заболевания (до 5

лет). Выявлено, что на «физическое здоровье» оказывают факторы «степень инвалидизации» EDSS $r = -0,24^{***}$, «количество обострений» $r = -0,22^{**}$, «срок заболевания» $r = -0,16^*$, а так же «депрессия в анамнезе» $r = -0,15^*$. Фактор «ограничение в физической роли» связан с показателем «уровнем инвалидизации» $r = -0,21^{**}$ и «количеством обострений» $r = -0,15^*$. Фактор «депрессия в анамнезе» коррелирует со снижением «эмоционального благополучия» $r = -0,20^{**}$, «работоспособностью» $r = -0,14^*$, «восприятием здоровья» $r = -0,14^*$. Выявлена связь фактора «депрессии в анамнезе» с «социальным функционированием» $r = -0,17^*$ и «когнитивными функциями» $r = -0,18^*$, а так же с «изменением здоровья» $r = -0,18$, «общем качеством жизни» $r = -0,17$. Выявлено, что более половины пациентов РС 55,7% (113 человек), страдают депрессивными расстройствами. Больные РС с депрессивными расстройствами предъявляли жалобы на: сниженный фон настроения или колебание настроения, общую слабость, усталость, раздражительность, снижение массы тела, головные боли, нарушение сна. Факторами, влияющими на развитие депрессивных расстройств больных РС, являются стрессовые воздействия $p = 0,000599^{***}$, синдром хронической утомляемости $p = 0,000003^{***}$, уровень ситуативной и личностной тревожности $p = 0,000002^{***}$.

Проведенный сравнительный анализ в группе больных «РС без депрессии» и «РС депрессии», показал, что больные «РС с депрессией» на момент обследования представлены более старшей возрастной группой ($42,41 \pm 1,06$ лет), $p = 0,000349^{***}$, чем больные «РС без депрессии» ($36,88 \pm 1,03$) лет. У больных «РС депрессией», «возраст заболевания» ($32 \pm 10,9$ года) соответствует позднему началу $p = 0,004472^{**}$, зарегистрирован высокий уровень инвалидизации больных ($2,89 \pm 0,16$ баллов) $p = 0,000054^{**}$ и более частые обострения $p = 0,028978^*$.

Заключение: Ухудшение качества жизни у пациентов с рассеянным склерозом начинается уже на ранних сроках заболевания. Выявлена тесная отрицательная корреляционная связь между фактором «депрессия» и показателями здоровья. Депрессивные расстройства диагностируются более, чем у половины пациентов РС, где факторами влияющими на развитие депрессивных расстройств больных РС, являются стрессовые воздействия, синдром хронической утомляемости, уровень тревожности. Пациенты «РС без депрессии», имеют более высокие показатели по всем критериям качества жизни. Своевременная диагностика и терапия депрессивных расстройств, может стать базой для разработки программ физической, психологической и социальной реабилитации, а динамическое определение КЖ больных РС, критерием терапии.

МОДЕЛЬ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКОМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ОСНОВЕ МЕЖДЕВЕДОМСТВЕННОГО МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Злоказова М.В., Семакина Н.В.

Киров

**A model of psychological prevention and psychological and psychotherapeutic assistance to
adolescents with borderline mental disorders based on interdepartmental medical and
psychosocial interaction**

Zlokazova M. V., Semakina N. V.

Сохранение психического здоровья подрастающего поколения является важной задачей общества и государства. Учитывая особенности современного мира, значимость психического и физического здоровья молодого поколения для реализации национальных проектов развития РФ, особое внимание уделяется развитию инфраструктуры оказания

полипрофессиональной медицинской помощи детям и профилактике психических и соматических заболеваний. В настоящее время нет единой модели организации психопрофилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам в регионах на основе межведомственного взаимодействия, что объясняется, в том числе различиями организации психиатрических служб и финансирования бюджетов.

Цель работы – обоснование эффективности модели психопрофилактики и психолого-психотерапевтической помощи подросткам на основе межведомственного медико-психосоциального взаимодействия.

Материалы и методы . С 2019 г. в городе Кирове разрабатывается модель мониторинга психического здоровья подростков, психопрофилактики и медико-психосоциальной помощи подросткам на основе межведомственного взаимодействия (далее - Модель).

Для практической реализации модели было проведено активное взаимодействие с руководителями Департамента образования, Медицинских учреждений, Городской Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав с участием сотрудников кафедры психиатрии Кировским ГМУ, в результате которого было утверждено Постановление Городской Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав «Порядок проведения психодиагностического скрининг-анкетирования среди несовершеннолетних 15-17 лет и работы по профилактике психических нарушений».

Результаты.

Модель поэтапно реализуется по следующим направлениям:

Первый этап психопрофилактической и психообразовательной работы был организован в школах в формате очных и онлайн лекций, размещения видеороликов на сайтах школ и медицинских учреждений, распространения буклетов для педагогов и родителей о симптомах психических расстройств у подростков, важности проведения своевременной диагностики и соблюдения рекомендаций специалистов (школьных психологов и психиатров, осуществляющих профосмотр). Проводилось обучение школьных психологов диагностике инициальных и донозологических психопатологических состояний у подростков с применением программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА), психокоррекции данных расстройств, дальнейшей маршрутизации и психопрофилактике.

Организация второго диагностического этапа включала в себя проведение ПСА в школах для выявления подростков группы риска пограничных психических расстройств (ППР), которых в дальнейшем углубленно обследовали школьные психологи и психиатры при профилактических осмотрах с учетом полученных данных. По результатам диагностического этапа подросткам с инициальными признаками психических расстройств определялась маршрутизация обследования и медико-психологической помощи, включающая выдачу рекомендаций родителям. В условиях школ с группой риска была организована адресная психопрофилактическая, психокоррекционная и социальная работа.

Третий этап оказания психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи реализовывался в медицинских учреждениях, осуществляющих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь несовершеннолетним.

В схеме маршрутизации подростков с инициальными донозологическими признаками и риском развития ППР был сделан акцент на оказание первичной психологической и психотерапевтической помощи в условиях детских поликлиник КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр» (ДДЦ), что позволило повысить обращаемость к специалистам более, чем в 10 раз. После психологической диагностики медицинскими психологами детских поликлиник подростки с явными симптомами ППР

направляются в Центр психического здоровья детей и подростков организованный при КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» (ЦППЗ), где оказывается квалифицированная психиатрическая и психотерапевтическая помощь.

Четвертый этап основан на организации межведомственной преемственной медико-психосоциальной помощи, направленной на вторичную профилактику психической и социальной дезадаптации подростков, прошедших курс психотерапевтического лечения. На данном этапе осуществляется адресная психосоциальная маршрутизация подростка и его семьи с вовлечением в реабилитационный процесс школьных психологов и социальных педагогов; специалистов дополнительного образования и молодежных волонтерских организаций города; центров социальной помощи семьям; специалистов ДДЦ и ЦППЗ.

Выводы. Преимуществом и новизной реализуемой модели является привлечение ресурсов смежных ведомств (Министерств здравоохранения, образования, социального развития Кировской области, Управления по делам молодежи, физической культуры и спорта г.Кирова) в реализацию психопрофилактической и психообразовательной работы с подростками, возможность динамического преемственного психосоциального сопровождения подростков с признаками ППР и группы риска на каждом этапе. Внедрение данной модели в организациях, оказывающих психологическую, социальную, психотерапевтическую и психиатрическую помощь может иметь несомненный клинический (снижение заболеваемости и распространенности ППР у подростков) и социальный (снижение распространенности поведенческих нарушений у подростков) эффект.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТИПОМ ПЕРЕЖИВАЕМОГО АКТУАЛЬНОГО СМЫСЛОВОГО СОСТОЯНИЯ

Иванова А.В.

**ГБУЗ "Кузбасский клинический наркологический диспансер им. проф. Н.П.Кокориной"
Кемерово**

**The relationship of the system of psychological defense mechanisms of narcological patients
with the type of actual semantic state experienced**

Ivanova A.V.

Одним из важнейших элементов реабилитационного процесса является психотерапевтическое лечение, которое часто затруднено низкой мотивацией наркологических больных и сопротивлением изменениям. Следовательно, повышение эффективности психотерапевтического воздействия невозможно без проработки такого психического явления как механизмы психологической защиты.

В понимании системы психологических защитных механизмов мы опираемся на мнение ряда ученых, таких как Б.В.Зейгарник, Е.Т.Соколова, Ф.Б.Бассин и др., которые рассматривали психологические защиты как естественный, ежедневно работающий механизм человеческого сознания, обеспечивающий субъекту реализацию некоего смысла как фактора, структурирующего его поведение на стадии адаптации к условиям актуальной жизненной ситуации. При этом представляется весьма важным зависимость использования определенного механизма психологической защиты от жизненной ситуации, т.е. адекватность всей системы, выражающаяся в подвижном, гибком характере защитной системы. По мнению А.В. Серого наибольшая мобильность и пластичность системы защит возможна в продуктивном актуальном состоянии, где синхронизованы два

и более временные локусы. В данном состоянии защитные механизмы способны работать максимально эффективно при минимальном уровне его напряжения. Так как в реальной жизненной ситуации индивид посредством самоанализа способен отслеживать поведенческие проявления психологических защит, отслеживая рассогласование между желаемыми и реальными поведенческими актами, то в актуальном смысловом состоянии отражается способность индивида ощущать себя активным субъектом ситуации на уровне первичной интерпретации чувств. Соответственно, чем продуктивнее тип актуального смыслового состояния, тем меньше рассогласование выявляется, тем больше возможность действовать дифференцированно во всем сенсорном пространстве, влияя на эмоции, мысли и поведение, поддерживать психологический гомеостаз. При этом можно предположить, что в непродуктивных типах актуального смыслового состояния установить рассогласование с помощью самоанализа достаточно затруднительно, так как данное состояние не позволяет установить взаимосвязь между событиями прошлой жизни, актуальной жизненной ситуацией и целями в будущем, чем характеризуется десинхронизацией временных локусов. Данное положение ставит перед нами задачу эмпирической проверки связи системы психологических защитных механизмов наркологических пациентов с типом переживаемого актуального состояния.

Цель исследования: установление взаимосвязи системы психологических защитных механизмов с типом переживаемого актуального смыслового состояния у больных полинаркоманией.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью исследования нами была выбрана следующие психодиагностические методики: опросник Р.Плутчика, Г.Келлермана, Г.Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), для диагностики уровня напряженности механизмов психологической защиты, тест СЖО Д. А. Леонтьева реконцептуализированный А. В. Серым и А. В. Юпитовым для диагностики актуальных смысловых состояний (АСС).

Результаты исследования смысложизненных ориентаций показали, что в обеих группах исследуемых преобладает первый тип АСС с низкой осмысленностью ценностей личного опыта, актуальной жизненной ситуации и целей будущего и как следствие отсутствие целостности и единства восприятия своей жизни в целом. Данный тип смыслового состояния характеризуется экстернальной рефлексией атрибутивного характера, в результате чего у индивида формируется негативный образ «Я», неуверенность в своих силах, бесперспективность восприятия своего будущего и ориентация на удовлетворение ситуативных потребностей и желаний, носящих дефицитарный характер.

Обращает на себя внимание отсутствие в исследуемых группах наркологических больных типов АСС с выраженным локусом осмысленности прошлого (2-й, 6-й), что характеризует респондентов как людей, блокирующих свой прошлый жизненный опыт для построения адекватных целей в будущем.

В группе больных полинаркоманией отмечается низкая представленность «продуктивных типов» АСС (синхронизация двух и более временных локусов смысла), чем среди алкоголиков, испытываемых с 7 типом АСС (2% против 7,7%) и 8 типом АСС (4,1% против 9,6%).

При сравнительном анализе исследуемых групп у больных алкоголизмом с 7 и 8 типами актуального смыслового состояния («продуктивные типы» АСС) ниже, чем при других типах АСС, выраженность реактивных образований, но выше показатели по всем другим типам психологических защитных механизмов. Общая напряженность системы психологических защит также выше, чем в группе больных полинаркоманией.

В группе больных полинаркоманией у респондентов с 7 и 8 типами актуального смыслового состояния, наоборот, общая напряженность психологических защит ниже, чем

при других типах АСС. При этом у типа 8 АСС происходит заметное повышение выраженности проекции ($M=75$), снижение по замещению ($M=25$) и снижению по регрессии ($M=29,5$). Корреляционный анализ Пирсона показывает, что напряженность указанных психологических защит значимо коррелирует со стажем полинаркомании: замещение ($r=0,26$), регрессия ($r=0,23$), компенсация ($r=0,28$), как и общий уровень напряженности психологических защит ($r=0,33$). Следует отметить, что именно по регрессии и замещению в целом по выборке обнаруживается нарастание выраженности психологических защит, как в зависимости от самого факта полинаркомании (в сравнении с алкоголиками), так и в зависимости от ее стажа.

Заключение. Все вышесказанное, позволяет говорить о типе актуального смыслового состояния как о механизме совладания (защиты) при наркомании. Может быть выделено как минимум две стратегии совладания, в зависимости от работы механизмов осмысления и психологических защит при полинаркомании:

- 1) «типичное» совладание характеризуется относительно низкой осмысленностью, непродуктивными типами АСС с нарастанием напряженности защит, особенно замещения, регрессии и компенсации;
- 2) «атипичное (смысловое)» совладание характеризуется относительно высокой осмысленностью, продуктивными типами АСС, нарастанием напряженности проекции как защитного механизма при общем снижении напряженности психологических защит.

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ (НЕЙРОТИЗМ, ИМПУЛЬСИВНОСТЬ, ИЗБЕГАНИЕ,
АЛЕКСИТИМИЯ И ДЕПРЕССИЯ) У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ЗАВИСИМЫХ ОТ
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИОНОВ**

Игумнов С.А., Лапанов П.С., Шахова С.М.

**Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
Минздрава России
Москва**

**Pathopsychological features (neuroticism, impulsivity, avoidance, alexithymia and
depression) in young patients dependent on synthetic cathinones**

Igumnov S.A., Lapanov P.S., Shakhova S.M.

В условиях пандемии COVID-19 возникает необходимость серьезного рассмотрения инновационных вариантов работы с зависимыми пациентами. Масштабные изменения в политике, экономике и организации здравоохранения с высокой вероятностью изменят ландшафт потребления психоактивных веществ (ПАВ) и многих методов помощи зависимым лицам.

В ходе проведенного исследования изучены особенности личностных черт, копинг-механизмов, распространенность и степень выраженности алекситимии, депрессии в группе из 30 пациентов молодого возраста (18-35 лет) с зависимостью от синтетических катионов СК (по МКБ-10 – «синдром зависимости от других психостимуляторов» (F15.2) (основная группа)). Верификация употребления СК осуществлялась химико-токсикологическими методами в лаборатории аналитической токсикологии Национального научного центра наркологии, которыми были выявлены 4-ММС (мефедрон), MDPV, α -PVP и метилон.

Однофакторный дисперсионный анализ с апостериорным критерием К. Даннета для множественных сравнений позволил выявить значимые различия группы пациентов, зависимых от СК, от контрольной группы (50 психически здоровых лиц, не имеющих

отягощенного наркологического анамнеза) по следующим признакам: нейротизм, импульсивность, избегание, алекситимия и депрессия.

В ходе дальнейших исследований необходимо более подробно изучить клинико-динамические особенности становления ремиссии, проанализировать дифференцирующие критерии и разработать систематику оценки качества ремиссии. На основании клинических и клинико-психологических данных разрабатываются дифференцированные подходы к организации реабилитации пациентов, страдающих зависимостью от СК. Это позволит повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий с ориентацией на достижение максимального терапевтического результата в пределах потенциальных возможностей каждого пациента.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

ТашПМИ

Ташкент

Features of the course of paranoid schizophrenia in patients with neurological and somatic burden

Irmukhamedov T.B., Abdullaeva V.K.

Цель работы: Изучить особенности динамического клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими неврологическими и соматическими заболеваниями.

Материал и методы исследования: Обследовано 72 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 32 (48,6 %) имели сопутствующую соматическую патологию. Сочетанная соматическая патология - вне обострения. Длительность соматического заболевания составляла не менее 3 лет. Основным методом оценки психопатологической симптоматики явилась Шкала позитивных и негативных расстройств (PANSS). Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования терапевтом, неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

Результаты: В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Заболевания органов пищеварения: хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит были выявлены в 10 случаях (29,4 %). У 5 пациентов (14,7 %) отмечались заболевания органов дыхания (преимущественно хронический бронхит). На последнем месте (4 пациента 11,8 %) были заболевания почек: мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6 %), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5

баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения анергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза - 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p < 0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p < 0,05$) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой и требует дополнительного использования ноотропных препаратов. У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии, а также снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных.

Выводы: таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость дифференцированного подхода к организации помощи больным с сочетанной психической, неврологической, соматической патологией.

ПСИХОДИАГНОСТИКА ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНОЙ ПАТАЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

Psychodiagnostic of gender features of affective pathology in patients with paranoid schizophrenia

Iskandarova J.M., Sharipova F.K., Babarakhimova S.B.

Актуальность проблемы изучения аффективной сферы у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии и фармакорезистентностью терапии. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных (Ladea M., Prelipseanu D., 2016).

Цель исследования: изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности - опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) были исследованы конституционально-личностные особенности пациентов.

Результаты и обсуждения: из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30-35 лет отличался средне-прогредиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничтожения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для исследуемых больных: «мозаичные шизоиды» (40%) «сензитивные шизоиды» (28%), «истеро-шизоиды», (12%); «истеропсихастеники» (10%), «эмоционально-неустойчивые» (10%). По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у пациентов с шизоидным типом акцентуации личности. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжелой и крайне тяжелой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом акцентуации личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжелой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжелой степени встречались в 12,5 % случаев. Легкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациентов с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была

диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациентов характерным было развитие депрессии средней степени тяжести. В зависимости от типа личности пациентам были присущи такие черты, как неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациенты стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациентов с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой.

Выводы: установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов. Наличие акцентированных черт характера личности

способствует формированию депрессий с более тяжелой степенью клинических проявлений.

**ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ УХОД
ЗА БОЛЬНЫМИ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Исупова Е.О., Костылева А.В.

Сыктывкар

ГУ «КРПБ»

**Psychological and psychiatric assistance to relatives who provide care for patients with
schizophrenia**

Isupova E.O., Kostyleva A.V.

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (далее – шизофрения) – одни из самых тяжелых психических расстройств, для которых характерно нарушение процессов мышления, при относительно сохранном интеллекте, что сочетается со значительным эмоциональным обеднением и снижением воли. Нередко шизофрения сопровождается галлюцинаторными и бредовыми расстройствами, возможно агрессивным поведением, особенно по отношению к родственникам.

К сожалению, нападки окружающих на тех, кто страдает психическими расстройствами, продолжают и по сей день. Несмотря на растущий объем знаний, все еще существует огромный разрыв между научными данными и представлениями общественности о заболеваниях головного мозга. Проблемы улучшения здоровья требуют большого внимания, однако, ни одна из них не является столь сложной, как отношение общества к психически больным. Большинство людей безграмотны в сфере психического здоровья, поэтому людям, страдающим психическим расстройством, все еще трудно откровенно признаться в этом, мало кто может открыто сказать, что болен член его семьи. Страдающие душевными расстройствами и их родные боятся ярлыка «псих», опасаются, что могут лишиться работы, семьи, не смогут обучаться по выбранной ими специальности. Кроме того, финансирование психиатрических проблем всегда было недостаточным, кажется, им достаются только те крохи, которые не забрали остальные службы здравоохранения. Если бы люди узнали больше о широко распространенной проблеме психических заболеваний и об истинной их природе, о том, что большинству больных можно помочь или даже вылечить их, то все мы могли бы более открыто поднимать проблемы психических расстройств, и необходимость оказания помощи таким больным принималась бы с такой готовностью, как и помощь тем, кто страдает соматическими заболеваниями. После удачного лечения они должны вести нормальный и продуктивный образ жизни, точно так же, как и после излечения от соматической болезни. Важно понимать, что наука не стоит на месте в понимании причин и способов лечения психических расстройств. Многие из них имеют наследственный и биологический компоненты и не являются результатом слабой воли или плохого воспитания, как считалось ранее. Если близкий человек страдает психическим заболеванием, стыдиться родственникам нет причин. Вместе можно сделать гораздо больше, если мы хотим улучшить жизнь тех, кто страдает, храня молчание.

Психологическая работа с ближайшим окружением больных, имеющих такие психические заболевания как шизофрения, имеет неоценимое значение для социальной адаптации, психоэмоционального благополучия и особенностей протекания заболевания их родственника. Именно родственники большую часть времени находятся рядом с такими больными, в том числе в периоды обострения заболевания. От своевременного реагирования, необходимого запаса знаний о психической болезни и эмоционального

состояния близких людей зависит насколько мягко, безболезненно и безопасно для себя и окружающих больной выйдет из острого психотического состояния.

Цель исследования: выявление эмоционального состояния и потребности в психолого-психиатрической помощи лиц, проживающих совместно с больными шизофренией; разработка памятки о проявлениях шизофрении, разработка рекомендаций для родственников, впервые узнавших о психическом расстройстве близкого и рекомендаций по взаимодействию с больными.

Методы исследования: сбор анамнеза, беседа, письменный опрос (анкетирование) ближайшего окружения пациентов с диагнозом «шизофрения».

На базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи №12, функционирующего по режиму дневного стационара, ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» в г. Сыктывкаре в период с сентября 2020 года по июнь 2021 года изучена степень информированности родственников пациентов и других близких людей о психических заболеваниях, а также необходимости получения психологической и психиатрической помощи. Работа с родственниками и ближайшим окружением больных шизофренией проводилась в период прохождения лечения больными в условиях дневного пребывания. Родственники и близкие пациентов приглашались на прием к психологу и врачу-психиатру индивидуально.

В анкетировании приняло участие 32 человека, среди которых родители, супруги, дети, бабушки, сожители пациентов, из них 23 женщины, 9 мужчин. Возраст опрошенных в диапазоне от 24 до 78 лет. Работающих родственников – 23, неработающих – 9 человек.

Результаты и обсуждение исследования. Анализ анкетирования показал, что эмоциональное состояние родственников зависит от психического здоровья их близких. Так, неопределенность будущего отмечают 8 человек (25%), испытывают страх и тревогу за будущее больного родственника 4 человека (12,5%), связывают свое будущее с выздоровлением и социальной адаптацией своего подопечного, а также внешними обстоятельствами (зависит от работы, даст Бог и прочее) 4 человека (12,5%), свое будущее видят нормальным, 2 человека (6,2%), не смогли дать ответ 4 человека (12,5%). Свое будущее счастливым и уверенным видят 10 человек (31,2%). Таким образом, мы видим, что большинство родственников будущее воспринимают с тревогой и неясностью (68,8%).

Родственники отмечают, что не могут себе позволить расслабиться, отдохнуть, впасть в уныние, оставить близкого, быть слабым, умереть (такие ответы дали 62,5% опрошенных). Не могут себе позволить съездить в отпуск, больше зарабатывать, жить своими интересами 18,8% респондентов.

Среди опрошенных 18 человек (56,3%) опечалены тем, что в обществе не принимают психически больных людей, мало сочувствия и понимания, жестокость людей, мало внимания уделяется больным, им сложно трудоустроиться, нет реабилитации, считается постыдным это заболевание, не понимают таких, как он, относятся с предубеждением; и прочее). Только 1 человек (3,1%) ответил, что в обществе все устраивает.

Мы выяснили, какие эмоции и чувства испытывают родственники больных шизофренией. Респонденты оценивали 26 эмоциональных состояний методом ранжирования по частоте их проявления (никогда не испытываю данную эмоцию, очень редко, редко, часто, очень часто, постоянно). Проанализируем крайние варианты ответов. Эмоциональные состояния, которые родственники испытывают постоянно или очень часто: любовь (22 человека), нежность (19), оптимизм (18), интерес (17), уверенность (17), доверие (15), энергичность (15), надежда (14), усталость (14), радость (12), защищенность (10), тревога (10), умиротворение (7), удовлетворенность (7), обида (5), растерянность (4), страх (4), бессилие (4), раздражение (4), стыд (3), апатия (2), беззаботность (2), подавленность (2), злость (1), зависть (1), отвращение (1).

Из результатов видно, что среди родственников преобладают те, кто постоянно находится в эмоционально положительном состоянии. Преобладающие эмоции опрошенных: любовь (68,8%), нежность (59,4%) и оптимизм (56,3%). В то же время можно увидеть, что чувство беззаботности испытывают только 6,3% опрошенных, удовлетворенность – 21,9%, умиротворение – 21,9%, чувство радости – 37,5%.

Эмоции, которые родственники больных шизофренией не испытывают никогда или очень редко: зависть (25 человек), беззаботность (23), подавленность (21), растерянность (18), апатия (17), бессилие (17), стыд (16), страх (16), отвращение (16), раздражение (10), обида (9), умиротворение (9), злость (8), защищенность (6), тревога (5), удовлетворенность (4), усталость (3), доверие (3), оптимизм (2), нежность (2), интерес (1), радость (1), уверенность (1), надежда (0), любовь (0), энергичность (0).

Большинство опрошенных не испытывают зависть (78,1%), беззаботность (71,9%), подавленность (65,6%). При этом значимая часть лиц отмечает отсутствие чувства умиротворения (28,1%) и защищенности (18,8%).

Опрошенные отмечают, что за годы болезни близкого человека стали терпимей, более заботливыми и внимательными (34,4%), стали умнее и сильнее (25%). Часть родственников признаются, что за время болезни их родных стали слабее и раздражительней (17,1%). Остальные респонденты (21,9%) не замечают в себе никаких изменений.

Полученные данные свидетельствуют в целом о благоприятном эмоциональном состоянии лиц, окружающих больных шизофренией. При этом выявляются респонденты, нуждающиеся в эмоциональной поддержке и психологической помощи.

Следующим блоком опроса являлось изучение информированности ближайшего окружения о психической болезни их близких и необходимости получения психологической и/или психиатрической помощи. Достаточными знания о психической болезни близкого человека считают 9 опрошенных (28%). Собственные знания о психическом заболевании родственника оценивают недостаточными 23 человека (72%).

На вопрос, откуда родственники получают информацию о болезни родственника и специфике взаимодействия с ним, большинство дает ответ - из интернета (19 человек, что составляет 59,4%). В то время как получение информации от лечащего врача-психиатра составляет 46,9% (15 человек). Чтение специализированной литературы составляет 25% (8 человек), получение информации от знакомых – 9,4% (3 человека). Ответ ниоткуда; отметили 3 человека (9,4%). Опрашиваемые могли отметить любое количество ответов. Полученные результаты показывают, что подавляющая часть родственников доверяет и пользуется информацией из интернета. Частота обращений к лечащему врачу остается низкой. 53,1% опрошенных (17 человек) ответили, что не нуждаются в помощи психолога; 12,5% опрошенных (4 человека) не знают, что такое профессиональная помощь психолога. Только 34,4% родственников больных (11 человек) признают, что нуждаются в психологической помощи. Интересно, что из тех, кто считает, что помощь психолога им не нужна, утвердительно ответили о необходимости получения рекомендаций по действиям в периоды обострения симптомов болезни родственника (64,7%), информации о болезни (35,3%), участии в лекциях психолога (29,4%), обеспечении индивидуальной психологической помощи (23,5%), предоставлении передышки в заботе о родственнике (11,8%).

Данные показатели говорят о неполной осведомленности о деятельности психолога в медицинской организации и неясном понимании своих эмоционально-личностных потребностей.

В целом, среди опрошенных к поддержке в виде получения рекомендаций по действиям в период обострения симптомов болезни близкого готовы 25 человек (78,1%), получения информации о психических болезнях – 19 человек (59,4%). В предоставлении

возможности участия в лекционных встречах с психологом нуждаются 15 человек (46,9%), в обеспечении индивидуальной психологической помощи – 12 человек (37,5%), в предоставлении передышки в заботе о родственнике – 9 человек (28,1%). Участие в школе для родственников психически больных поддерживают 9 человек (28,1%), участие во встречах и общение с другими семьями с аналогичными проблемами – 5 человек (15,6%).

По результатам исследования потребностей родственников пациентов медицинским психологом и врачом-психиатром разработаны рекомендации для близкого окружения пациентов с шизофренией по принятию диагноза их родственника и по действиям в период обострения заболевания, подготовлена информационная памятка об особенностях проявления шизофрении.

Информационная памятка об особенностях проявления шизофрении.

Любой из нас может внезапно заболеть. Как Вы узнаете, что у Вас именно психическое расстройство, а не просто тяжелый жизненный кризис, соматическое заболевание, побочное действие препарата или какое-нибудь другое состояние? Ответ – Вы этого знать не можете! Необходима диагностика специалиста. Если кто-то, кого вы любите, страдает хроническими или резко выраженными психическими нарушениями, следуйте своей интуиции и делайте все, чтобы убедить его пойти к врачу.

Вы можете обратить внимание на следующие признаки:

- выраженные личностные изменения (с течением времени);
- спутанное мышление, странные, необычные мысли;
- тяжелая, длительная депрессия, апатия или крайне ярко-выраженные спады и подъемы настроения;
- потеря интереса к деятельности и увлечениям, которые раньше служили источником удовольствия;
- отказ от любимой собственности, к примеру какой-нибудь личной коллекции, денег или драгоценностей;
- составление завещания;
- в беседах, внешне здоровых, преобладают мрачные краски, а смерть подается возвышенно;
- последовательное и постоянное нивелирование позитивного и подчеркивание негативного;
- увеличение количества употребляемого алкоголя, употребление наркотиков;
- отгороженность от общества;
- размышления о самоубийстве или обсуждение этой темы;
- злость и враждебность, несоответствующие ситуации;
- бредовые идеи, галлюцинации, «голоса».

Гораздо труднее диагностировать психические заболевания у детей. Перечисленные ниже особенности требуют профессиональной консультации психиатра:

- выраженное снижение учебной успеваемости;
- плохие отметки, несмотря на все усилия;
- чрезмерная тревога и беспокойство, проявляющееся в отказе посещать учебное заведение, спать или принимать участие в обычной для данного возраста деятельности;
- гиперактивность, неусидчивость, постоянная двигательная активность, не связанная с текущей деятельностью;
- нарушение сна с частыми кошмарными сновидениями;
- хроническое непослушание или агрессивность (в течение более 6 месяцев), провоцирующее противостояние авторитетам;
- частые, необъяснимые вспышки гнева.

Изменения в поведении детей старшего возраста и подростков требуют особого внимания. Если Вы заметили у своего ребенка или близкого Вам подростка такие черты, незамедлительно настаивайте на консультации специалиста:

- выраженные изменения в школьной успеваемости;
- неспособность преодолеть повседневные проблемы;
- выраженные изменения сна и приема пищи;
- множественные соматические жалобы;
- постоянное нарушение прав других людей: противостояние авторитетам, прогулы, кражи, вандализм;
- проблемы в поддержании социальных связей или внезапные изменения в группе сверстников;
- отказ от участия в деятельности всей семьи;
- гиперреакции на отвержение или утрату;
- сильнейший страх перед ожирением безо всяких признаков увеличения массы тела;
- депрессия, проявляющаяся в постепенном и длительно существующем негативном настроении и отношении к окружающим, сопровождаемая плохим аппетитом, трудностями при засыпании и мыслями о смерти;
- частые вспышки гнева.

Рекомендации родственникам по принятию наличия психического заболевания у близкого человека.

Даже в том случае, когда вы убедились в наличии психического расстройства родственника, близкий Вам человек может полностью отрицать ее существование. Те, кто страдают, часто неспособны обратиться за помощью из-за резко выраженных симптомов. Учитывая стигматизацию, так прочно связанную с фактом психического расстройства, такое сопротивление легко понять, но оно не должно влиять на наши поступки.

- Следует помнить, что никто по доброй воле не согласится стать психически больным, а нарушенное поведение не является добровольным и осознанным. Если кто-то из Ваших близких заболел психическим расстройством или Вы подозреваете, что это так, не следует убеждать себя, что все в порядке.
- Иногда психически больные люди отказываются от лечения, если подобное происходит с Вашим близким – поищите группу поддержки. Многие люди имеют подобный опыт и могут помочь ценным советом относительно того, как себя вести.
- Узнайте о возможности оказания психиатрической помощи в Вашем регионе, о психиатрической системе, соответствующих учреждениях, лечебных программах, лекарственных препаратах, чтобы Вы могли убедить своего близкого человека согласиться с необходимостью получения профессиональной медицинской психиатрической помощи. Одновременно поощряйте любые шаги Вашего родственника на пути к лечению.
- Когда процесс обследования прошел, Ваш близкий получает необходимую помощь. Постарайтесь получить как можно больше информации о причинах заболевания, особенностях его течения, способах лечения и реабилитации.
- Не берите на себя вину за случившееся. Если все же чувство вины закралось в Ваше сердце, постарайтесь избавиться от него.
- Сохраняйте постоянный контакт с лечащим врачом. Только таким образом Вы можете получить полную и достоверную информацию о болезни родственника. Постарайтесь оказывать врачу помощь в вопросах осуществления лечения, соблюдения режима и правил терапии.
- Старайтесь сохранить себя и свою личную самостоятельность, а так же не посягайте на право больного человека оставаться самостоятельной личностью. Ваше

самопожертвование вредит больному человеку, мешая ему адаптироваться в обществе, препятствуя его реабилитации.

- Важно понимать, что часто человек с психическими отклонениями может вести нормальную жизнь, учиться, работать. Разумнее всего научить его жить самостоятельно.
- Любовь к больному родственнику не измеряется количеством времени, проведенным вместе с ним. Не следует ограничивать свои жизненные интересы, старайтесь сохранить свои дружеские связи, увлечения, отвлекайтесь от домашних забот. Для сохранения собственного физического и психического здоровья найдите возможность для полноценного отдыха.
- Не забывайте о других членах семьи и их потребностях.
- Создавайте доброжелательную обстановку, избегайте стрессовых ситуаций, не допускайте нервных срывов. Обращаться к больному человеку следует спокойным тоном, при этом Ваша просьба должна звучать твердо и убедительно. Говорите медленно, четко формулируйте свои мысли, просьбы и не задавайте сразу несколько вопросов.
- Следует стимулировать соблюдение больным правил личной гигиены, правил Вашей семьи. Необходимо установить для больного родственника режим дня и стараться следовать ему, убедить близкого в необходимости принимать лекарственные препараты.
- Нельзя самостоятельно изменять дозировку назначенных лечащим врачом лекарств или отменять их.

Рекомендации для лиц, проживающих или имеющих родственников с психическим расстройством, по действиям в период обострения болезни.

Каждый человек индивидуален, поэтому практические советы следует подбирать в зависимости от складывающейся ситуации и конкретного случая. Попробуйте следовать некоторым из них в период обострения психического заболевания:

- Вашему близкому человеку нужна Ваша помощь.
- Редко происходит так, что человек вдруг просто теряет контроль над всеми своими мыслями, чувствами и поступками. Существуют предупреждающие симптомы, такие как бессонница, ритуальная озабоченность определенной деятельностью, подозрительность, вспышки гнева, перепады настроения и т.д.
- Ваша основная задача – помочь родственнику восстановить контроль над собой. Постарайтесь не волновать его, он и так может быть сильно напуган, находиться под воздействием страхов, болезненных переживаний. Внутренние «голоса» могут давать ему опасные для своей жизни и жизни окружающих команды. Возможно, Ваш родственник испытывает зрительные галлюцинации. Помните, что он живет в искаженной реальности и действует согласно своему восприятию. Например, захочет разбить окно. Крайне важно, чтобы вы сохраняли спокойствие.
- Не оставляйте близкого одного. Если пребывание в одном помещении с ним является угрожающим, постарайтесь его изолировать и позвоните в полицию и скорую медицинскую помощь.
- Обращаясь в скорую помощь, вы разговариваете с диспетчером. Сразу озвучьте причину обращения, это поможет оперативно определить повод. Обязательно сообщите, находится ли он в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, насколько агрессивен, наблюдались ли ранее подобные расстройства.
- До приезда бригады старайтесь тянуть время, разговаривайте спокойно, мягко, уверенно, используя простые, короткие предложения, постепенно снижая темп и громкость речи. Подготовьте необходимые документы, личные вещи и средства гигиены. Вызов скорой помощи при обострении психического заболевания зачастую сопровождается последующей госпитализацией.

- Оцените пространство вокруг себя. Если есть предметы, представляющие опасность, стоит их убрать или ограничить доступ к ним.
- Находящихся в квартире детей отправьте на время, по возможности, к родственникам или соседям.
- Если Ваш родственник прекратил прием лекарств, Вам необходимо напомнить об их приеме и о необходимости посетить врача. Чем хуже будет состояние, тем меньше вероятности, что Вы этого добьетесь. Доверяйте своим чувствам, если Вам страшно, немедленно принимайте меры, воспользуйтесь вызовом медицинских работников скорой медицинской помощи.
- Важно помнить, что знаменитый «учет у психиатра» отменен 10 лет назад, и в настоящее время визит к психиатру не грозит негативными последствиями.
- Помните, что жизнь – калейдоскоп самых разных событий, а болезнь – лишь эпизод этой жизни.
- Выработайте короткие приемы мобилизации собственного эмоционального состояния, которые помогут действовать Вам в нужный момент уверенно и спокойно. Это могут быть дыхательные упражнения (например, 10 циклов дыхания с вдохом через нос на 4 счета и выдох через рот на 6 счетов), медленный счет с закрытыми глазами от 20 до 1, энергичное растирание ладонями всей поверхности тела.
- Помните, то, что сейчас происходит с Вашим близким, это проявления его болезни, а не его личностное к Вам отношение. Даже находясь в болезненном состоянии, он Вас любит, как прежде.
- Вы вправе испытывать любые эмоции. Если вы не справляетесь с накопившемся гневом, обидой, усталостью, обратитесь к психологу или врачу-психотерапевту, готовых помочь Вам.

Заключение. Проведенное исследование показало, что люди из близкого окружения психически больных испытывают тревогу за будущее их родственника. Лица, ухаживающими за больными родственниками, чаще рассчитывают только на себя и свои силы, стараясь пребывать в приподнятом настроении. Более половины опрошенных родственников считают, что не нуждаются в помощи психолога, при этом признают, что их знания о проявлениях болезни близкого человека недостаточны, и рассматривают возможность получения информации от психиатра и психолога. Готовность людей, проживающих совместно с больными шизофренией, к обращению к психологу и врачу-психиатру, в настоящее время в современном обществе (на примере г. Сыктывкара) сформирована недостаточно. В связи с этим нашей задачей считаем распространение информации о возможности получения психологической поддержки и консультации психиатра по вопросам общения и помощи больным родственникам, а также восстановления собственного психоэмоционального состояния, как с помощью письменных рекомендаций, так и очных индивидуальных и групповых консультативных встреч.

Возможно, однажды все поймут настоящую природу психических заболеваний и стигматизации больше не будет места, и тогда сочувствие, а не насмешка, станет единственной реакцией на психическое расстройство.

ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В СПБГУ
Исурина Г.Л., Грандильевская И.В., Тромбчиньски П.К.
СПбГУ

Санкт-Петербург
Training of clinical psychologists at St. Petersburg State University
Isurina G.L., Grandilevskaya I.V., Trombchinski P.K.

Проблема подготовки клинических психологов актуальна не только в связи с необходимостью постоянного совершенствования этого процесса в соответствии с запросами общественной практики, но имеет значение и для ответа на продолжающий стоять на повестке дня вопрос – может ли психолог заниматься психотерапией. Обоснованность включения психотерапии в сферу деятельности клинических психологов, с нашей точки зрения, обусловлена, с одной стороны, ролью научной психологии в развитии теории и практики психотерапии (например, вся поведенческая психотерапия представляет собой лишь практическое приложение теорий научения, сформированных в рамках бихевиоризма – поведенческой психологии), а с другой стороны, уровнем и качеством подготовки клинических психологов. Отмечаемое в последнее время значительное увеличение числа обращений за психологической помощью, с одной стороны, свидетельствует о востребованности этой профессии, а с другой, делает проблему профессиональной подготовки и квалификации особенно острой. В 70-х гг. прошлого века психологов готовили только 5 университетов, лучших в стране. Сейчас мы сталкиваемся с тем, что подготовка психологов, в том числе и клинических, осуществляется ВУЗами, явно неимеющими достаточного количества профессиональных преподавательских кадров и практических баз. В этой связи представляется важным опыт подготовки клинических психологов в СПбГУ.

Факультет психологии в Ленинградском государственном университете был открыт в 1966. В рамках подготовки психологов по инициативе Б.Г.Ананьева и В.Н.Мясищева и при активном участии Б.Д.Карвасарского была создана специализация «медицинская психология». Профессор Б.Д. Карвасарский внес огромный вклад в развитие не только отечественной психотерапии, но и медицинской (клинической) психологии, а также подготовки специалистов в этой области. Под его руководством и при его непосредственном участии были разработаны новые учебные программы, которые должны были обеспечить подготовку специалистов, обладающих глубокими знаниями не только в различных отраслях психологии, но и клиническими знаниями. Большое внимание уделялось и практической подготовке будущих медицинских психологов в области психологической диагностики и психотерапии. Не лишним будем отметить, что именно в клинике неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.Б.Бехтерева, которой долгие годы руководил Б.Д.Карвасарский, впервые появились психологи как штатные сотрудники отделения. Таким образом, основные принципы подготовки клинических психологов, актуальные и сегодня, были заложены более 50 лет назад. И на протяжении долгого времени Б.Д.Карвасарский был идейным вдохновителем этого процесса и принимал самое активное участие в подготовке клинических психологов: читал лекционные курсы, проводил клинические разборы для студентов, руководил аспирантами, писал учебники, всячески содействовал внедрению клинической психологии в практику отечественного здравоохранения. Создание в 1994 году в СПбГУ кафедры медицинской психологии и психофизиологии, а также появление в 1999 году новой специальности «клиническая психология» способствовали дальнейшему развитию и совершенствованию системы подготовки клинических психологов. На сегодняшний день программа подготовки по специальности

«клиническая психология» направлена на подготовку специалистов, обладающих глубокой теоретической подготовкой в области психологии и медицины, а также практическими навыками психологической диагностики, экспертизы, психологической помощи не только в учреждениях здравоохранения, но и учреждениях образования, социальной защиты, общественных и хозяйственных организациях, административных и правоохранительных органах. Утвержденный в 2011 году Образовательный стандарт Санкт-Петербургского государственного университета по уровню высшего профессионального образования «Подготовка специалиста» по специальности «Клиническая психология» включает программы общеобразовательных, естественно-научных, медицинских и психологических дисциплин, а также различные виды практик, в связи с чем длительность обучения увеличилась и составляет сегодня 6 лет (вместо 5 лет ранее).

Практики, с нашей точки зрения, представляют собой необходимый и чрезвычайно важный этап становления специалиста, в процессе которого на базе имеющихся знаний происходит формирование умений, навыков и компетенций, что и формирует готовность клинического психолога к самостоятельной работе. В рамках учебного процесса студенты, обучающиеся по специальности «клиническая психология» на факультете психологии СПбГУ, проходят 5 различных видов практик: учебно-ознакомительную, производственную, педагогическую, квалификационную и научно-исследовательскую. Целью учебно-ознакомительной практики является знакомство студентов с основными направлениями работы клинического психолога, а также с основными нормативными документами, этическими принципами работы; формирование более конкретных представлений об основных направлениях работы клинического психолога в учреждениях различного профиля (прежде всего, медицинских), ее целях, задачах и критериях эффективности. Именно в ходе такой практики у студентов формируются более адекватные представления об их будущей профессии. Второй вид практики – это производственная практика, в ходе которой студенты приобретают первый опыт относительно самостоятельной работы в качестве клинического психолога. Эта практика проходит в медицинских учреждениях (чаще всего, в клиниках и диспансерах психоневрологического профиля) и способствует формированию первичных навыков практической психодиагностики, психологического консультирования, психологического сопровождения, психологического вмешательства. Третий вид практики – педагогическая практика, направленная на приобретение опыта в сфере педагогической деятельности. Четвертый вид практики, с нашей точки зрения, наиболее важный – это квалификационная практика «Индивидуальная и групповая супервизия», уникальный вид практики, которую проходят студенты выпускного 6 курса в течение целого учебного года. Следует подчеркнуть, что именно введение этого вида практики, аналогичной интернатуре в медицинских ВУЗах, увеличило срок обучения клинических психологов на факультете психологии СПбГУ до 6 лет. Эта практика проходит на различных клинических базах и предполагает самостоятельную работу студента в качестве клинического психолога под постоянным руководством куратора – клинического психолога, работающего в данном медицинском учреждении, и супервизией, также постоянно осуществляемой преподавателями университета, имеющими большой опыт практической работы в области клинической психологии. Супервизия осуществляется в двух формах – индивидуальной и групповой, каждая из которых проходит 1 раз в неделю в течение целого года и предполагает систематический анализ каждого психодиагностического и консультативного случая с точки зрения профессиональной деятельности и профессиональных трудностей, а также с точки зрения особенностей взаимодействия с пациентом, собственных трудностей и личностных реакций. Предметом анализа в ходе супервизии могут также быть и взаимоотношения с медицинским персоналом, лечащим врачом или родственниками

пациента. Супервизия способствует профессиональному становлению клинического психолога как специалиста, позволяет студентам более полно осмыслить опыт собственной практической работы, увидеть иные возможные пути и направления работы; позволяет увидеть собственные проблемы, которые могут затруднять профессиональную деятельность. Важным фактором супервизии является также получение поддержки со стороны однокурсников и опытных преподавателей. Пятый вид практики – это научно-исследовательская преддипломная практика, целью которой является самостоятельная разработка дизайна, организация и проведение научного исследования.

Разработанная система обучения, сочетающая теоретическую подготовку с большим объемом практик различной направленности, представляется эффективной моделью подготовки клинических психологов в рамках классического университета.

СРАВНЕНИЕ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДИССТРЕССЕ, СВЯЗАННОМ С СОМАТИЧЕСКИМИ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Капанова С.В., Абабков В.А., Михайлов В.А., Ташлыков В.А.

СПБГУ, факультет психологии

Санкт-Петербург

Comparison of coping behavior in distress associated with somatic, neurological and mental disorders

Kapranova S.V., Ababkov V.A., Mikhaylov V.A., Tashlikov V.A.

Исследования копинг-поведения пациентов с психическими расстройствами достаточно широко представлены среди современных исследований и многообразны по используемым методам. В отечественной науке сложился подход, согласно которому такие исследования включают группу пациентов с эндогенным расстройством и здоровых людей в качестве группы сравнения, что дает предсказуемые результаты. Предшествующие изучения копинг-поведения в группах пациентов, представленных в данном исследовании, немногочисленны и противоречивы в своих выводах.

Целью данного исследования является сравнительное изучение воспринимаемого стресса и копинг-поведения среди групп пациентов с ревматоидным артритом (далее – РА), болезнью Паркинсона (далее – БП), пациентов с депрессивным расстройством, беременных женщин и группы здоровых лиц для определения специфичности психологических показателей. Приводимые данные являются фрагментом диссертационного исследования. Проверяется гипотеза о специфичности предпочитаемых копинг-стратегий у лиц с разными расстройствами (состояниями), а также взаимосвязь с уровнем дистресса. Исследование опирается на трансактную теорию стресса (и копинга) R. Lazarus, что определило выбор методов.

В исследовании приняли участие 5 групп, из них 4 – это пациенты, имеющие определенные соматические, неврологические или психические расстройства. Набор группы беременных осуществлялся на базе женской консультации № 33 г. Санкт-Петербурга. Обследованы 31 женщины в возрасте от 18 до 41 года (M=29,58) с нормально протекающей беременностью и высоким уровнем дистресса. Набор группы пациентов с РА осуществлялся на базе клиники им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Обследован 31 пациент (24 женщины, 7 мужчин) в возрасте от 22 до 65 лет (M=46,32). Набор групп пациентов с БП 31 человек (19 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 59 до 81 года (M=68,0) и депрессивным расстройством 30 человек (20 женщин, 10 мужчин) в возрасте от 20 до 67 лет (M=39,46) осуществлялся на базе ФГБУ НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева. Группа здоровых лиц составила 30 человек (23 женщины, 7 мужчин) от 18 до 58 лет (M=35,31).

Используемые методы: анкета исследуемого, опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10», методика «Способы совладающего поведения», симптоматический опросник SCL-90. При анализе полученных в исследовании данных использовались стандартные методы математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R Studio».

Группа пациентов с депрессивным расстройством на высоком уровне значимости достоверно отличается по уровню воспринимаемого стресса от беременных ($p=0.0001774$), пациентов с БП ($p=0.0000627$), пациентов с РА ($p=0.0010780$) и группой здоровых лиц ($p=0.0000027$). Пациенты с БП и группа здоровых имеют средние значения не выходящие за уровень нормы, т.е. демонстрируют низкий уровень воспринимаемого стресса, в то время как пациенты с РА, депрессивным расстройством и беременные превышают это значение.

Пациенты с депрессивным расстройством имеют достоверные различия с пациентами с БП по всем шкалам SCL-90, кроме шкалы фобической тревожности. Пациенты с БП, РА и беременные не имеют между собой значимых различий по шкалам данной методики. Пациенты с БП не имеют значимых различий с группой здоровых, за исключением шкалы фобической тревожности. Группа здоровых лиц значимо отличается от пациентов с РА и депрессивным расстройством по шкалам соматизации и фобической тревожности.

Стратегия «Конфронтация» на уровне статистической тенденции чаще востребована у группы здоровых, чем у пациентов с БП. В целом, данная стратегия умеренно выражена во всех группах. По стратегиям «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Избегание» группы не показали значимых различий, так же используя их на умеренном уровне. Стратегии «Планирование решения» и «Положительная переоценка» наименее востребованы у пациентов с депрессивным расстройством (редкая степень предпочтения), в то время как остальные группы используют ее на умеренном уровне.

Корреляционный анализ выявил прямую связь между уровнем воспринимаемого стресса и стратегиями «Принятие ответственности» и «Избегание» и обратную связь со стратегиями «Планирование решения» и «Положительная переоценка» в общей совокупности всей выборки.

Таким образом, среди исследуемых групп пациентов и здоровых лиц выявлены единичные значимые различия по предпочитаемым стратегиям совладающего поведения. Сопоставимый уровень воспринимаемого стресса, близкие показатели шкал симптоматического опросника, а также одинаковая степень предпочтения копинг-стратегий делают возможным общий вывод о сходном характере дистресса, интенсивности его воздействия и малой специфичности копинг-стратегий в данных выборках исследуемых. Для всей совокупности выборки характерна связь между уровнем воспринимаемого стресса и выбором стратегий, направленных на планирование решения или избегание, принятие ответственности или положительную переоценку. На полученные результаты могли оказать влияние большой разброс возраста испытуемых внутри и между группами, а также ограниченное число участников в каждой группе.

**ИЗУЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С
ПСИХОГЕННЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ**

Каравеева Т.А., Фомичева М.В.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ФГБУ ВО «Санкт-
Петербургский государственный университет», ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский
медицинский педиатрический университет» Минздрава России, ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава
России**

Санкт-Петербург

Study of individual psychological characteristics of patients with psychogenic overeating

Karavaeva T.A., Fomicheva M.V.

Актуальность. В последние десятилетия в мире наблюдается неукоснительный рост количества людей, страдающих расстройствами пищевого поведения. Пищевые расстройства, в свою очередь, развиваются и модифицируются, обретая все новые формы.

Психогенное переедание является одним из наименее изученных и наиболее спорных психиатрических нарушений.

При анализе многочисленных работ, посвященных изучению психогенного переедания, обращает на себя внимание некоторая противоречивость в отношении вклада отдельных личностных и интерперсональных факторов в формирование данного расстройства.

В настоящее время не сформировано комплексного психотерапевтического подхода, доказавшего свою эффективность в лечении психогенного переедания в долгосрочной перспективе, так как процент последующего рецидива заболевания остается высоким. В связи с этим возникает вопрос о выборе наиболее эффективной интеграции психотерапевтических подходов к лечению психогенного переедания с целью достижения стойкой ремиссии.

Цель исследования: описание личностных характеристик и социальных факторов, влияющих на возникновение психогенного переедания, разработка комплексной программы психотерапии для лечения больных с психогенным перееданием и оценка ее эффективности в долгосрочной перспективе.

Материалы и методы. В начале исследования дается специально разработанная индивидуальная регистрационная карта (анкета психотерапевтического интервью) для оценки анамнестических, клинических, социальных характеристик. А также отмечаются физикальные данные и проводится комплекс анализов (глюкоза, гликированный гемоглобин, липидограмма, АЛТ, АСТ, ТТГ) с целью исключения пациентов с физиологическими причинами набора веса.

Исследуются нарушения пищевого поведения, индивидуально-психологические характеристики и особенности самоотношения пациентов при помощи следующего комплекса методик:

1. Пищевое поведение и отношение к пище: Анкета «Пищевое поведение», Нидерландский опросник пищевого поведения, Тест отношения к приему пищи EAT-26.
2. Личностные характеристики: Опросник невротической личности KON-2006, Шкала перфекционизма, Опросник «Уровень субъективного контроля», Опросник исследования сексуальной сферы.
3. Самоотношение: Опросник для изучения отношения к себе, Опросник образа собственного тела, Опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи».

Результаты и их обсуждение. В рамках пилотного исследования было проведено 63 анкетирования пациентов до участия в программе коррекции психогенного переедания,

также 45 анкетирований спустя 3 месяца после начала программы и 18 анкетирований через 6 месяцев после начала программы. Возраст испытуемых – от 18 до 65 лет.

По результатам исследования первичного анкетирования было выявлено, что в большей степени у респондентов выражен эмоциогенный тип ($M=2,58$; $\sigma=1,196$), что говорит о склонности обследуемых использовать еду в качестве основного способа снятия напряжения в ситуациях дистресса.

Вторым по степени выраженности у испытуемых является экстернальный тип нарушения пищевого поведения ($M=2,88$; $\sigma=0,648$), что означает повышенную реактивность испытуемых с избыточным весом на продукты питания, например, в ситуации праздника, застолья.

В среднем, ограничительное пищевое поведение встречается у 31% респондентов, эмоциогенное – у 80% и экстернальное пищевое поведение у 77% участников программы. Длительность разработанной нами программы коррекции психогенного переедания составляет год и предполагает наличие 3-х этапов: этап психообразования, этап когнитивно-поведенческой терапии и этап использования глубинных методов психотерапии.

Уже через 3 месяца данной программы процент респондентов с эмоциогенным перееданием снизился до 63%, с экстернальным поведением до 56%. А вот процент испытуемых с ограничительным пищевым поведением, наоборот, повысился до 76%, что может быть следствием временного соблюдения определенной систем питания с целью снижения веса.

Испытуемым больше всего свойственны такие невротические черты, как чувство зависимости от окружения ($M=0,75$; $\sigma=0,630$), низкая самооценка ($M=0,68$; $\sigma=0,572$), импульсивность ($M=0,78$; $\sigma=0,577$), чувство одиночества ($M=1,00$; $\sigma=0,320$), чувство отсутствия влияния ($M=0,75$; $\sigma=0,588$), чувство зависти ($M=0,78$; $\sigma=0,577$), иррациональность ($M=0,85$; $\sigma=0,663$) и педантизм ($M=1,03$; $\sigma=0,480$).

При этом астенизация и сложность принятия решений наблюдается у 42% участников программы, 36% испытуемых имеют проблемы во взаимоотношениях близкими людьми, недостаток эмоциональной связи, 47% пациентов чувствуют себя беспомощными, 59% имеют проблемы с мотивацией.

Обследуемые демонстрируют высокий уровень перфекционизма, ориентированного на себя ($M=61,10$; $\sigma=16,197$); средний уровень перфекционизма, ориентированного на других ($M=54,65$; $\sigma=15,372$); и низкий уровень социально предписанного перфекционизма ($M=52,20$; $\sigma=14,941$). В целом, уровень перфекционизма определяется как высокий ($M=167,95$; $\sigma=34,010$).

Для испытуемых характерен интернальный локус контроля. Более всего обследуемым свойственно брать на себя ответственность в области достижений и межличностных отношений ($M=6,78$; $\sigma=1,993$).

Отмечается низкий уровень оценки собственной сексуальной привлекательности испытуемых ($M=4,95$; $\sigma=2,247$), а также некоторое снижение уровня сексуальной удовлетворенности ($M=6,00$; $\sigma=2,176$) и сексуального влечения ($M=6,88$; $\sigma=2,662$). Выявлена крайняя степень неудовлетворенности собственным телом ($M=13,53$; $\sigma=3,038$).

По результатам исследования было выявлено, что в большинстве случаев на формирование психогенного переедания значительное влияние оказали привычки питания семьи ($M=3,53$; $\sigma=1,724$) и наличие непищевых функций, которые выполняла еда в семейной системе (например, еда как источник удовольствия, еда как награда, еда как способ снятия напряжения и так далее).

При сравнении результатов перед началом групповой терапии и через 3 и 6 месяцев после психологической коррекции отмечаются значимые различия в степени

выраженности эмоциогенного переедания ($U=225,5$; при $p \leq 0,05$), изменение степени самопринятия ($U=466,5$; при $p \leq 0,01$), выраженность замкнутости ($U=422$; при $p \leq 0,01$) и самообвинения ($U=300$; при $p \leq 0,001$), значимо меняется отношение к образу собственного тела ($U=322,5$; при $p \leq 0,001$), а также уровень мотивации ($U=528$; при $p \leq 0,05$). Исследуемые пациенты не только снижают вес, но и научаются осознанию собственных эмоций и потребностей, намного реже начинают использовать еду в качестве основного источника удовольствия.

Выводы. За 6 месяцев комплексной терапии в виде сочетания групповых и индивидуальных встреч удалось увеличить уровень самопринятия, в том числе, принятия собственного тела, повысить коммуникативность участников и степень готовности к социальным контактам, уменьшить выраженность самокритики и самообвинения, в том числе, в неудачах, связанных с коррекцией веса.

В связи с высокой распространенностью психогенного переедания, а также в связи с недостаточной изученностью данного расстройства и способов психотерапевтической работы с ним, необходимо дальнейшее исследование эффективности разработанной программы коррекции психогенного переедания.

ВЛИЯНИЕ ПЕРВОГО СЕКСУАЛЬНОГО ОПЫТА НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ СЕКСУАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЖЕНЩИН ПЕРИОДА РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Карпова Э. Б., Лабес А.И.

СПбГУ, факультет психологии, кафедра клинической психологии

Санкт-Петербург

**Influence of the first sexual experience on the following sexual well-being of women in early
adult life-stage**

Karpova E.B. Labes A.I.

Повышение сексуальной удовлетворенности по сути является основной задачей эффективной терапии и психологической коррекции в прикладной сексологии. На сексуальную удовлетворенность женщин влияет множество факторов, среди которых выделяют биологические, психологические, социокультурные и др. Среди психологических факторов исследователи рассматривают такие, как привязанность к партнеру, ощущение доверия и безопасности в любовных отношениях, степень уверенности женщины в себе и в своей привлекательности. Одним из факторов, влияющих на актуальную сексуальную удовлетворенность, предположительно может рассматриваться и субъективная оценка женщиной своего первого сексуального опыта. Связь сексуальной удовлетворенности с сексуальным дебютом женщин мало изучена как в России, так и за рубежом, и представленная работа является попыткой пополнить эмпирические знания в этой исследовательской теме.

Целью исследования было изучение связи между первым сексуальным опытом и дальнейшим сексуальным благополучием женщин периода ранней взрослости.

В исследовании приняла участие 541 женщина в возрасте от 20 до 30 лет, средний возраст – 26,3. Поиск респонденток осуществлялся через социальные сети: размещение приглашения в ВКонтакте и на платформе Инстаграм.

В исследовании использованы следующие методы: авторская анкета «Оценка первого сексуального опыта», «Шкала индекса сексуального удовлетворения» – Index of Sexual Satisfaction (ISS) У. Хадсона и «Методика установок к сексу» Г. Айзенка. Математико-статистический анализ осуществлялся с помощью методов Anova, U-критерия Манна–Уитни, дерево принятия решений.

Результаты. В исследуемой группе средний возраст первого сексуального опыта – $17,75 \pm 2,42$. Чаще всего женщинам было 16-18 лет на момент их первого сексуального контакта. Самый старший возраст сексуального дебюта – 26 лет, самый младший – 12 лет. Только 51% опрошенных женщин считают свое решение впервые вступить в сексуальные отношения хорошо осозанным. 75% говорят о том, что были трезвые в момент первого сексуального опыта. Почти половина исследуемых (47%) имели первый сексуальный контакт согласно своему желанию, 39% – «из-за интереса», и только 12% женщин не отстояли свои границы и согласились на сексуальный контакт «ради партнера», а 2% женщин подверглись изнасилованию. 74% нравилось поведение партнера. Только 6% женщин испытывали во время первого коитуса удовольствие, 39% женщин отмечали приятные ощущения, но большинству респонденток (55%) не нравились ощущения во время их первого сексуального контакта. 39% женщин отмечают, что испытывали дискомфорт, 25% указывают на болезненные ощущения, 15% отмечают, что ощущения были очень болезненными, и 21% не испытывали болевых ощущений при первом коитусе. В течение первых двух недель после сексуального дебюта 43% респонденток испытывали позитивные эмоции, сохраняли приятные воспоминания; 36% не думали о случившемся; 21% сожалели о произошедшем, плохо себя чувствовали. В целом 33% респонденток оценивают свой первый сексуальный опыт как негативный, а 67% как позитивный, но вместе с тем только 17% считают, что при первом сексуальном контакте «все было отлично», а большинство женщин хотели бы в нем что-то изменить.

Для выявления критериев, оказывающих наибольшее влияние на субъективную оценку первого сексуального опыта как «позитивного» или «негативного», было построено дерево решений на языке программирования Python с использованием библиотеки `scikit-learn` со случайным разделением данных на тренировочный и тестовый наборы с пропорцией 2:1. Эта модель позволила построить график вклада каждого из вопросов анкеты в оценку первого сексуального опыта как «позитивного» или «негативного». Было определено 7 наиболее влиятельных вопроса-критерия, влияющих на оценку: возраст первого коитуса, отношение с партнером, осознанность решения начать сексуальные отношения, поведение партнера, мотив начала сексуальных отношений, ощущения во время коитуса, самочувствие в первые две недели после первого сексуального опыта. Статистический анализ (F-критерий) показал, что в группах женщин с позитивной оценкой первого сексуального опыта возраст выше, чем в группе женщин, оценивающих сексуальный дебют как негативный ($p < 0,01$).

Актуальная сексуальная удовлетворенность различается у женщин с негативным и позитивным первым сексуальным опытом на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$, U Манна-Уитни). Женщины, оценивающие свой первый сексуальный опыт как «позитивный» более удовлетворены своими сексуальными отношениями, чем женщины, оценивающие свой первый сексуальный опыт как «негативный».

Выводы:

1. Актуальная сексуальная удовлетворенность женщин в молодом возрасте ниже у тех из них, кто негативно оценивает свой первый сексуальный опыт.
2. Наибольшее влияние на субъективную оценку первого сексуального опыта как «позитивного» или «негативного» оказывают такие факторы, как возраст на момент первого коитуса, характеристика отношений с партнером, степень осознанности решения вступить в первый раз в сексуальные отношения.

**ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ НА СВЯЗЬ
ДЕТСКОЙ ТРАВМЫ И СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ**

Кибитов А.А., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э., Кибитов А.О.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», отделение трансляционной психиатрии

Москва, Санкт-Петербург

**Impact of family history of mood disorders on the association of childhood trauma with
suicidality in depressed patients**

Kibitov A.A., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Mazo G.E., Kibitov A.O.

Депрессия - наиболее распространенное психическое заболевание, сопряженное с высоким суицидальным риском. Транснозологический феномен суицидальности, частично связанный с патогенетическими механизмами развития депрессии, можно рассматривать как продукт комплексного взаимодействия “геном-среда”. Такой показатель, как семейная отягощенность (СО) расстройствами настроения (депрессия и биполярное расстройство), отражающий совокупность генетических факторов, вовлеченных в развитие депрессии, может повлиять не только на особенности ее течения и суицидальный риск, но и на его ассоциацию со средовыми факторами риска. Одним из важнейших средовых факторов суицидального риска является неблагоприятный детский опыт и детская травма. Таким образом, наличие семейной отягощенности аффективными расстройствами может повлиять на связь детской травмы и суицидальности у пациентов с депрессией.

Материалы и методы. Данное кросс-секционное, мультицентровое исследование является частью проекта «Разработка системы полигенных шкал риска развития депрессии на основе полногеномного исследования с клинической валидацией» (поддержан грантом РФФ №20-15-00132) и проводилось в рамках работы Российского национального консорциума по психиатрической генетике. В исследование были включены 200 пациентов с диагнозами “F32. Депрессивный эпизод” (41%, n=82) и “F33. Рекуррентное депрессивное расстройство” (59%, n=118). Женщины составили 64% (n=128) выборки. Средний возраст пациентов составил M(SD) 36,21(15,09) лет. В исследовании принимали участие как амбулаторные (62,5%, n=125), так и стационарные пациенты (37,5%, n=75). Диагноз был верифицирован при помощи полуструктурированного диагностического интервью MINI (M.I.N.I. Russian Version Translation 7.0.0. для DSM-5). В процессе клинического интервью от пациентов были получены данные о СО и наличии суицидальных попыток в течение жизни. Для более подробной оценки суицидальных тенденций применялась Колумбийская шкала тяжести суицида (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS), позволяющая оценить выраженность суицидальных идей и суицидального поведения в наиболее суицидоопасный период жизни. Для оценки неблагоприятного детского опыта применялся Опросник детских травмирующих переживаний (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ), включающий пять подшкал: “Эмоциональное насилие”, “Физическое насилие”, “Сексуальное насилие”, “Эмоциональное пренебрежение” и “Физическое пренебрежение”. Для статистического анализа были использованы критерии Манна-Уитни и χ^2 Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, логистическая регрессия и общая линейная модель.

Результаты. Было обнаружено, что наличие СО расстройствами настроения значимо не влияет на частоту суицидальных попыток, детской травмы, а также на баллы по C-SSRS и CTQ. Однако в ходе регрессионного анализа было обнаружено, что перенесенное в детстве физическое насилие и его комбинация с СО значимо ассоциированы с изменением риска развития суицидальной попытки. Хотя наличие перенесенного в детстве физического насилия само по себе увеличивает риск суицидальной попытки ($p < 0,001$, OR=4,821, ДИ 95% [1,854-12,538]), в комбинации с наличием СО оно на уровне тенденции ассоциировано,

наоборот, с его снижением. ($p=0,067$, $OR=0,163$, ДИ 95% [0,024-1,135]). Также было обнаружено, что в группе пациентов с СО, в отличие от группы пациентов без СО, не наблюдались значимые корреляции между баллами по подшкалам СТQ и С-SSRS.

При помощи метода построения общей линейной модели было обнаружено, что СО ($p=0,041$), физическое насилие в детстве ($p=0,002$), а также (на уровне тенденции) их комбинация ($p=0,083$) влияют на интенсивность суицидальных идей в наиболее суицидоопасный период жизни, причем перенесенное в детстве физическое насилие в меньшей степени влияет на интенсивность суицидальных идей у пациентов с СО. Также была показана значимость влияния СО ($p=0,016$), пережитого в детстве физического насилия ($p=0,007$), а также взаимодействия этих факторов ($p=0,008$) на выраженность суицидального поведения в наиболее суицидоопасный период жизни. При этом у лиц с СО пережитое физическое насилие было в меньшей степени ассоциировано с увеличением выраженности суицидального поведения.

Выводы. Полученные нами результаты продемонстрировали, что наличие СО расстройствами настроения уменьшает влияние детской травмы на суицидальный риск, при чем наиболее “зависимым” от СО видом детской травмы являлось физическое насилие. Это может являться свидетельством наличия выраженных взаимодействий “геном-среда”, вносящих вклад в развитие феномена суицидальности.

Благодарность: участникам Российского национального консорциума по психиатрической генетике (РНКПГ).

ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ковшова О.С., Лыгина Д.Д.

**ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
Самара**

Integrative method for assessing the emotional state and behavior of young people

Kovshova O. S., Lygina D. D.

По данным ВОЗ Россия относится к группе стран с высоким уровнем самоубийств - 39 человек на 100 тыс. населения. Более того, по прогнозам ученых, к 2020 - 2025 году количество самоубийств в мире увеличится в полтора раза. Возрастает актуальность профилактики суицидального поведения. Литературные данные свидетельствуют о высокой распространенности суицидального поведения в молодежной среде. Для профилактики суицидов, а также при работе с людьми, переживающими суицидальный кризис, важно проводить диагностические мероприятия, направленные на выделение «суицидальной уязвимости», которую составляют различные характеристики личности и поведения человека. Перспектива дальнейшего продвижения в области психотерапии суицидального поведения заключается, в комплексном изучении и целостном описании уязвимости к суицидальному поведению и максимально полном учете вскрываемых механизмов и в научно обоснованных методах помощи. В настоящее время изменения в стиле жизни человека связаны с глобальным психо-социальным стрессом, усиленным информационными технологиями [А.Б. Холмогорова, 2016; 2021; В.А.Розанов,2017].

Профилактика нарушений поведения у лиц молодого возраста зависит от ранней диагностики психологической предрасположенности к нарушению социально-психологической адаптации лиц молодого возраста и влияния психосоциальных факторов в условиях воздействия пандемии COVID-19. В Информационном Письме ФГБУ «Национального медицинского научного исследовательского центра имени В. П.

Сербского» от 11 июня 2021 года говорится об актуальности разработки эффективных мер профилактики суицидального поведения среди населения России, особенно у лиц молодого возраста в условиях COVID-19.

Цель работы - определение эмоционального состояния и психосоциальных факторов развития суицидального поведения лиц молодого возраста в профилактике нарушений психического здоровья.

Выборка. Обследовано 128 студентов в возрасте от 17 до 21 года, обучающихся на 1 и 2 курсах ВУЗов г. Самара. Соотношение выборки по полу составило 20% юношей и 80% девушек. Выборку составили 47% студентов, обучающихся на 1 курсе, и 53% - обучающихся на 2 курсе. На основе анализа анкеты суицидального риска в выборке были выделены две экспериментальные подгруппы, 1-ая группа, в которую вошли 41 человек (32%) с суицидальным риском, и 2-я группа сравнения, в которую вошли 87 (68%) человек, не имеющих суицидального риска

Методы исследования. Клинико-психологические методы: структурированное интервью, клиническая беседа и наблюдение. Экспериментально-психологические методы: Патохарактерологический диагностический опросник личности А.Е. Личко (1983); Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд в адаптации А.К. Осницкого (2004); Методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей (Метод «Парных сравнений» В.В. Скворцовой) (1986); Опросник суицидального риска (1999); Программа математической статистики - SPSS-2019.

Полученные результаты. Исследование показало, что основными факторами суицидального риска в молодежной среде являются «Демонстративность» ($t < 0,05$), «Аффективность» ($t < 0,001$), «Уникальность» ($t < 0,05$), «Несостоятельность» ($t < 0,05$), «Социальный пессимизм» ($t < 0,001$), «Временная перспектива» ($t < 0,001$). Наиболее значимыми являются факторы, связанные с социальным компонентом: по шкале «Несостоятельность» - у 29,27% испытуемых, по шкале «Социальный пессимизм» - у 43,9%; дополнительными факторами суицидального риска являются гипотимия ($t < 0,001$), тревожность ($t < 0,001$), отклоняющееся поведение ($t < 0,001$), а также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами ($t < 0,05$). Исследование индивидуально-психологических характеристик показало, что молодым людям с суицидальным риском свойственны шизоидные черты ($t < 0,05$), тенденция к астено-невротическим чертам характера ($t < 0,05$), а также повышенная реакция эмансипации ($t < 0,05$), склонность к депрессии ($t < 0,05$), истинная суицидальная направленность ($t < 0,05$). У молодых людей с суицидальным риском отмечалось снижение уровня социально-психологической адаптации ($t < 0,001$), самопринятия ($t < 0,05$), принятия других ($t < 0,001$), эмоциональной комфортности ($t < 0,001$), интернальности ($t < 0,05$) и высокие показатели эскапизма ($t < 0,001$). С опорой на полученные достоверные результаты и данные корреляционного анализа психологических факторов была рассчитана регрессионная модель (с достоверностью 85%), включающая три основных психологических фактора в качестве предикторов риска суицидального поведения (ПСР) таких как, снижение уровня социально-психологической адаптации (А), высокий показатель эскапизма (Э), высокая гипотимия - депрессия (Д):
$$\text{ПСР} = -0,294 \text{ А} + 0,084 \text{ Э} + 0,552 \text{ Д} + 30,666.$$

На основе регрессионного анализа факторов предрасположенности к суицидальному поведению у лиц молодого возраста создана компьютерная программа экспресс оценки уровня социально-психологической адаптации человека в обществе – «ASR -Test», разработанная компьютерная программа представляет собой оценку социально-психологической адаптации человека в сложившейся жизненной ситуации. В основе компьютерной программы лежит авторский опросник диагностики предикторов риска

суицидального поведения. Даны 110 утверждений с выбором варианта ответа, которые отражают общую адаптивность человека в преодолении стрессовых воздействий, жизненных невзгод и общую удовлетворённость своим психологическим состоянием в данный момент времени. Показатели опросника отражают вероятность развития эмоциональных нарушений, состояний личностного кризиса и социально-психологических дисфункций. После полного прохождения экспресс-диагностики даются рекомендации. Программа предназначена для ранней психологической экспресс-диагностики степени нарушений социально-психологической адаптации, позволяет дифференцированно проводить психологическое сопровождение лиц молодого возраста и обеспечить динамическое эффективное психологическое наблюдение в зависимости от степени выраженности суицидального риска.

Диагностическая программа размещена в приложении PlayMarket системы андроид - <https://play.google.com/store/apps/details?id=ru.smuit.asrtestdoctor>.

Показатели «ASR-test» отражают вероятность развития эмоциональных нарушений, состояний личностного кризиса и социально-психологических дисфункций, что позволяет достоверно определить ранние диагностические критерии нарушений социально-психологической адаптации и разработать стратегию клинико-психологической коррекции и психотерапии суицидального поведения и повышения параметров социально-психологической адаптации лиц данного контингента.

**ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СИТУАЦИЙ НЕУСПЕХА ПРИ ОЦЕНКЕ КОММУНИКАТИВНЫХ
НАВЫКОВ ВРАЧА В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ К ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ**

Кокоренко В.Л.

**ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Минздрава России», кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии
Санкт-Петербург**

**Psychoprophylaxis of situations of failure in assessing the communicative skills of a doctor in
preparation for the initial accreditation of specialists**

Kokorenko V.L.

Внедрение новой государственной модели первичной аккредитации медицинских специалистов предъявляет определенные требования к развитию коммуникативных навыков молодых врачей. В парадигме пациент-ориентированного лечебного взаимодействия коммуникативные навыки соотносятся с эффективностью профессиональной деятельности медиков, их психоэмоциональным благополучием и удовлетворенностью от работы, удовлетворенностью пациентов качеством оказания медицинских услуг и (опосредованно) влиянием на самочувствие пациентов и их психическое здоровье.

В статье представлен опыт работы с ординаторами 2-го года обучения различных специальностей в рамках практического курса «Коммуникативные навыки», который направлен на развитие навыков коммуникации в системе «врач – пациент» и подготовку обучающихся к процедуре первичной аккредитации специалистов по модели приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» («Новые кадры современного здравоохранения»).

Цель исследования: выявление уровня сформированности коммуникативных навыков у ординаторов 2-го года обучения (в том числе – по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия») и имеющихся трудностей в профессиональной коммуникации;

выявление типичных психологических установок и представлений ординаторов о процессе коммуникации, способствующих и препятствующих достижению эффективного пациент-ориентированного общения врача, соотнесение их с собственным поведением и деятельностью.

Материалы и методы. Практический курс «Коммуникативные навыки» для ординаторов различных медицинских специальностей 2-го года обучения включает в себя активные методы обучения в формате группового взаимодействия: упражнения на отработку навыков самопрезентации, применение вербальных и невербальных средств коммуникации, техники аргументации с применением метода экспертной оценки, групповые дискуссии, тренировку навыков саморегуляции эмоционального состояния и эффективного поведения в конфликте, развитие критичности в восприятии и оценке своего поведения и навыков самоконтроля с опорой на обратную связь.

Результаты и их обсуждение. Предварительный анализ уровня сформированности коммуникативных навыков у ординаторов различных специальностей 2-го года обучения показывает, что базовые коммуникативные навыки в целом сформированы и обучающиеся могут их применять в пределах знакомых им ситуаций из опыта работы по специальности. Однако, при изменении условий коммуникативной ситуации (моделировании) обучающиеся затрудняются, испытывают состояние растерянности, путаются в применении тех или иных средств коммуникации и при последующем разборе «Что оказалось трудным?» проговаривают, что «неожиданно для себя были неприятно удивлены собственным результатом». Необходимо отметить, что для многих обучающихся характерен дисбаланс между знаниями о коммуникации (в том или ином объеме они действительно есть) и коммуникативными умениями (умею ли я этим пользоваться и насколько эффективно). Кроме того, у обучающихся имеется психологическая установка «Коммуникация – это просто. Чему тут вообще учиться? Что сложного – задать вопрос? Зачем все эти «реверансы»? В обычной работе врача на это нет времени и все это не нужно». Очевидно, что такая установка не способствует мотивации к усвоению коммуникативных технологий, тормозит развитие профессиональной компетентности врача и создает препятствия для успешной профессиональной самореализации личности.

Работу с мотивацией ординаторов на совершенствование коммуникативных навыков мы начинаем с обсуждения предстоящей задачи прохождения первичной аккредитации специалистов, с конкретизации уровня освоения коммуникативных навыков врача по чек-листу, с перечисления типичных ошибок, которые были отмечены экспертами при апробации пилотного проекта.

В процессе нашего обучения (тренинга) выявлено, что на разных этапах профессиональной коммуникации обучающиеся автоматически оперируют в большинстве своем закрытыми вопросами (знают, что есть «открытые» и «альтернативные», но не используют их), и даже закрытые вопросы по речевой конструкции предельно редуцированы до двух-трех слов («Температура есть?») и задаются в безличной форме (без обращения по имени или на «Вы»); недооценивают значимость присоединения к пациенту на разных этапах контакта (и соответственно, не прилагают для этого усилий); не используют паузы как средство диалога и оказания воздействия, перебивают пациента; «угадывают» что думает пациент и что он хотел сказать с помощью хаотично задаваемых вопросов, а не слушают (коммуникативная стратегия – «игра в морской бой»); недостаточно контролируют свои невербальные проявления и крайне редко целенаправленно пользуются невербальными средствами коммуникации в работе; могут эффективно аргументировать только те позиции, с которыми они сами согласны; в работе с несогласием, возражениями и претензиями быстро оказываются в предконфликтной ситуации посредством собственных провокаций, которые «вылетают автоматически»

(интонация, ирония и сарказм, скрытые обвинения, принижение партнера в коммуникации – как защитно-агрессивные проявления).

При обсуждении вопроса «Что мне мешает в коммуникации с пациентами?» ординаторы отмечают следующее: неуверенность в себе; торопливость, перебивание пациента; неумение управлять диалогом («не могу остановить пациента, когда он говорит»); в диалоге с пациентом не получается концентрироваться на существенном и дистанцироваться от несущественного; волнение, излишняя эмоциональная включенность в ситуацию; неумение регулировать эмоциональное состояние (свое и пациента); неумение отказывать, говорить «нет»; трудности регулирования границ, неумение их отстоять; отсутствие авторитета врача; неумение работать со «статусными» пациентами; неумение разграничивать ответственность.

Заключение. Таким образом, в аспекте психопрофилактики ситуаций неуспеха при оценке коммуникативных навыков врача в рамках подготовки к первичной аккредитации специалистов практический курс «Коммуникативные навыки» для ординаторов 2-го года обучения различных специальностей создает условия для:

- осознания обучающимися имеющегося уровня своей коммуникативной компетентности
- изменения существующей психологической установки «Я знаю, как общаться с пациентами» на мотивирующую «Мне нужно еще многому научиться и развить такие навыки, как...»
- фокусировки внимания каждого обучающегося на своих «зонах ближайшего развития»
- актуализации и тренировки универсальных базовых коммуникативных средств, техник, приемов и алгоритмов
- повышения уверенности в себе, реалистичного настроения на успешное прохождение предстоящей процедуры первичной аккредитации специалистов
- активизации коммуникативных процессов с коллегами по работе, на профильных кафедрах и клинических базах, что в свою очередь будет способствовать не только развитию коммуникативных навыков врача, но и укреплять мотивацию к обучению и осознанному овладению профессиональным опытом, удовлетворенности личностной и профессиональной самореализацией.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ

Корендюхина А.О.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского» Минздрава России**

Москва

**The dependence of the therapeutic dynamics of non-psychotic depressive disorders on the
psychophysiological characteristics of patients**

Korendyukhina A. O.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессия представляет собой распространенное психическое расстройство, которое является одной из основных причин инвалидности в мире. По оценкам ВОЗ, данному расстройству подвержены более 300 миллионов человек из всех возрастных групп [1].

Основным методом биологической терапии при депрессивных расстройствах являются антидепрессанты, однако при их использовании у 20-50% больных эффект незначителен [2,3], а 30% больных с депрессивными расстройствами остаются резистентными к

фармакотерапии [4]. Современное развитие клинической психофармакотерапии, по данным многих исследователей, должно учитывать не только прогнозирование возможного терапевтического эффекта, но и основываться на нейрональных и поведенческих дименсиях с целью достижения адекватного терапевтического ответа. Исследование предикторов психофармакологического ответа с учетом биологически-конституционального типа реагирования может иметь важное значение в современной прогнозируемой персонализированной медицине, в том числе, при обосновании лекарственной терапии больных с депрессивными расстройствами. На базе Филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ» было проведено исследование 88 пациентов с диагнозами депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство и дистимия с целью выявления предикторов, влияющих на ответ на антидепрессивную терапию. Были использованы такие методы как клинко-психометрический, клинко-психопатологическое обследование, а также методы психофизиологической объективизации, включавшие систему приборного компьютеризированного динамического изучения.

При анализе результатов исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Пациенты с непсихотическими депрессивными расстройствами характеризуются преобладанием поведенческой активности типа Б, для которого характерными особенностями являются большая реактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и парасимпатической нервной системы в противовес типу А, для которого характерна большая реактивность симпатической нервной системы и мозгового вещества надпочечников. Учитывая двунаправленность природы гормонально-поведенческих отношений, данное деление определяется биологическими факторами и вегетативной гиперактивностью

2. При разделении пациентов на группы с тенденцией к более высокому и низкому типам поведенческой активности было обнаружено, что группы различаются по психофизиологическим и вегетативным параметрам, что свидетельствует о биологической детерминированности деления. Для группы с изначально более низкими показателями поведенческой активности характерно большее снижение аппетита, большая гибкость когнитивных функций, низкий уровень эмоциональной возбудимости и большая вовлеченность гуморального звена и напряженности регуляторных механизмов при обеспечении функционирования организма, по сравнению со второй группой. Показатель мощности волн низкой частоты, в свою очередь, косвенно свидетельствует о большем влиянии симпатической нервной системы во второй группе.

3. Ответ на антидепрессивную терапию потенциально зависит от таких психодиагностических и психофизиологических показателей, как выраженность поведенческой активности, энергичность, специфичность поведения и стабильность нервных процессов. Превышение установленного уровня данных показателей предсказывает вероятность того, что они будут служить предиктором положительного ответа на терапию, соответственно, чем выше фоновый уровень данных показателей, тем выше вероятность респонса.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В
РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Логинова А.Ю., Жилевич Л.А.

**РНПЦ психического здоровья, ГУ "Республиканский клинический госпиталь инвалидов
Великой Отечественной войны им. П.М. Машерова"**

Минск. Республика Беларусь

**The retrospective epidemiological analysis of indicators of the state of mental health of the
population over working age in the Republic of Belarus**

Korotkevich T.V., Golubeva T.S., Loginova A.Yu., Gilevich L.A.

Для Республики Беларусь характерны негативные демографические тенденции старения населения. Для лиц пожилого и старческого возраста существует высокий риск психических расстройств, коморбидных с хронической соматической патологией, которые негативно влияют не только на состояние самого пациента, но и на членов семьи, осуществляющих уход за ними. Поэтому представляет актуальность изучение основных факторов риска и проявлений психических расстройств у лиц старше трудоспособного возраста. Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей динамики показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами среди населения старше трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Для расчета показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Республики Беларусь старше трудоспособного возраста использованы методы ретроспективного эпидемиологического анализа статистических данных формы государственной статистической отчетности 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) и контингентах наблюдаемых пациентов» за 2011 – 2020 годы.

Результаты и их обсуждение. Показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения Республики Беларусь старше трудоспособного возраста в 2011-2020 годах колебались от 1029,6 на 100 тысяч населения в 2011 году до 1134,5 на 100 тысяч населения в 2020 году. При анализе показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста выявлена умеренная тенденция к её росту с темпом прироста, равным + 3,12%. Максимальные показатели первичной заболеваемости среди данной группы населения зарегистрированы в 2015 и 2019 годах (1214,4 и 1280,5 на 100 тысяч населения соответственно). Минимальные показатели первичной заболеваемости среди пациентов старше трудоспособного возраста зарегистрированы в 2011 и 2012 годах (1029,6 и 1069,2 на 100 тысяч населения соответственно). В гендерной структуре первичной заболеваемости данной группы населения преобладали женщины, средний удельный вес которых в указанные годы составил 71,3%, что в целом соответствует процессам формирования феномена «феминизации» старости. Удельный вес случаев психических расстройств среди городского населения составлял 79,5%, среди сельского населения – 20,5%, что обусловлено более высокой доступностью медицинских услуг для жителей городов. В структуре классов впервые выявленных психических расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста преобладали органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00 - F09), средний удельный вес которых составил 79,1%, а также невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 - F48), средний удельный вес которых составил 13,0%. На расстройства шизофренического спектра (F20-29) приходилось 1,0% от всех впервые выявленных расстройств у лиц старше

трудоспособного возраста. Среди органических психических расстройств удельный вес органических психозов и (или) деменций (F00-F05, F06 (часть), F09) составлял в 2016 году 31,6 %, в 2019 году - 29,1%, в 2020 году - 31,5%; органических непсихотических расстройств (F06 (часть), F07) – в 2016 году 68,4%, в 2019 году – 70,91%, в 2020 году - 68,8%. В структуре впервые выявленных органических психозов и деменций у пациентов старше трудоспособного возраста преобладали сосудистые деменции (F01) (2016 год – 41,4% от всех выявленных в данном классе расстройств, 2019 год – 39,1%, 2020 год – 37,6%). В тоже время, в 2020 году в популяции старше трудоспособного возраста отмечен рост впервые выявленной деменции при болезни Альцгеймера (F00) (+19,3%), показатель заболеваемости которой составил 67,0 на 100 тысяч населения старше трудоспособного возраста. В 2016-2019 гг. отмечалось снижение первичной заболеваемости деменцией при болезни Альцгеймера со средним темпом прироста, равным-16,7%. В структуре впервые выявленных расстройств настроения у пациентов старше трудоспособного возраста преобладали депрессивные расстройства (F32, F33) со средним удельным весом 95,2%. Первичная заболеваемость депрессиями на 100 тысяч населения старше трудоспособного возраста колебалась от 15,7 в 2017 году до 11,9 в 2020 году. Заключение. Полученные результаты эпидемиологического исследования показателей состояния психического здоровья населения старше трудоспособного возраста могут быть использованы при разработке стратегических направлений геронтопсихиатрии и организации специализированной медицинской помощи лицам данной возрастной группы.

ОСНОВЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЗАВИСИМЫХ

Котов С.В.

**ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского" Минздрава России,**

Москва

Fundamentals of the theory and practical skills of psychological counseling of addicts

Kotov S.V.

Одна из основных проблем существующих реабилитационных центров низкий уровень психологической грамотности у консультантов по зависимости. Наличие собственного опыта преодоления зависимости в большинстве случаев является недостаточной для эффективной работы консультантов. В ряде случаев это служит причиной досрочного выхода пациентов из программы.

Психологическое консультирование – один из основных инструментов развития мотивации к лечению и выздоровлению. Для успешной реализации задач по реабилитации необходимо сформировать с пациентом психотерапевтический альянс, создать терапевтическую среду и создать условия на развитие мотивации к выздоровлению. Это представляется мало выполнимым без знания основ теории и базовых навыков психологического консультирования зависимых.

Основная задача, поставленная перед учебным курсом - повышение профессионально-психологического уровня консультантов.

Кроме основной задачи по обучению навыкам консультирования решаются задачи и по личностному росту консультантов в ходе практической части обучения за счет участия в упражнениях и тренажерах. Формируется навык получения супервизионной помощи как в процессе обучения, так и после окончания основного курса. Знакомство с навыками консультирования и получения положительного опыта, как лично для себя, так и в процессе

работы, при применения полученных знаний мотивирует многих консультантов на получение психологического образования

Курс был разработан в 2012 году и был назван: «Основы и практические навыки психологического консультирования» 72 учебных часа.

Курс разбит на блоки:

Медицинская наркология (Общие понятия, диагностика, принципы терапии).

Психотерапевтические техники (Эмпатия, слушание, интервью, оспаривание, конфронтация и пр.)

Реабилитация чувств (Работа с агрессией, тревогой, стыдом и др.).

Работа с ответственностью наркологического пациента.

Работа с самооценкой.

Техники различных психотерапевтических модальностей, адаптированные для наркологии.

Сопутствующие диагнозы в наркологии (Работа с травмой, фобиями, горем и др.).

Материал представлен в виде интерактивных презентаций и закрепление полученных знаний в виде практикумов. По окончании курса большинство слушателей отмечали, что запомнили практически все темы, что произошло благодаря ярким и понятным презентациям.

До настоящего времени курс целиком или отдельные его блоки используются в следующих программах: «Основы психологической работы с наркологическими больными в центрах социальной реабилитации», на базе учебно-методического отдела НМИЦ ПН им. В.П. Сербского МЗ РФ. «Методология психологической реабилитации наркологических больных», на базе учебно-методического отдела НМИЦ ПН им. В.П. Сербского МЗ РФ с применением дистанционных образовательных технологий. «Психология зависимого поведения» магистратура МГППУ. «Использование современного транзактного анализа в реабилитации зависимых». «Подготовка консультантов по коррекции веса и психологии пищевого поведения МИП».

Знания, полученные консультантами, позволяют им повысить свою эффективность и успешно реализовывать задачи по психологической реабилитации зависимых.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ДИАДЕ МАТЬ-РЕБЕНОК НА РАННЕЙ СТАДИИ ОБРАЗОВАНИЯ НЕПОЛНОЙ СЕМЬИ

Коцюбинский А.П., Гусева О.В., Бутома Б.Г.

**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», отделение биопсихосоциальной реабилитации
психически больных**

Санкт-Петербург

**Peculiarities of socio-psychological adaptation in the mother-child dyad interaction at the
early stage of the formation of incomplete family**

Kotsubinskyi A.P., Guseva O.V., Butoma B.G.

В процессе своего развития в тесном семейном треугольнике («отец- ребенок-мать») ребенок постепенно учится опознавать свои чувства и желания, управлять эмоциями, соотносить индивидуальные потребности с требованиями окружения. При нормальном развитии в полной семье ребенок получает в раннем детском возрасте опыт материнской и отцовской любви, а также опыт влияния родителей на способы решения индивидуумом типичных, возникающих по мере его роста, возрастных противоречий и затруднений. Однако реалии современного общества таковы, что 23% детей воспитываются [В.А.Иванченко, 2012] в неполных семьях. Многочисленные исследования показывают

корреляцию фактора «неполной» семьи с некоторыми психологическими характеристиками у ребенка: отмечается повышенный уровень тревоги, ранимость, впечатлительность, снижение самооценки, поведенческие отклонения, а также невротические симптомы. Особенно болезненно реагируют на развод дети от семи до двенадцати лет и, прежде всего мальчики; девочки же особенно остро переживают разлуку с отцом в возрасте от трех до семи лет [А.П. Кравченко, 2011]. Немаловажно и то, что в отсутствие контакта с одним из родителей ребенок лишен возможности полноценного формирования полоролевого поведения. Анализ социально-психологических особенностей функционирования «неполной» семьи [Я.Г. Нусхаева, 2007; Л.К. Рашитова, 2009] выявил ряд таких неблагоприятных факторов, как ограниченность совместного времяпровождения ребенка с родителем, бедность их внесемейных контактов, трудности формирования должного контроля за ребенком, значительные экономические проблемы.

Задачи исследования. Изучение особенностей социально – психологической адаптации в диаде мать/ребенок на ранней стадии образования «неполной семьи» (на основе репрезентации здоровых лиц юношеского возраста, воспитанных в «неполной семье»).

Материал и методы исследования:

В исследование были включены 101 человек - здоровые лица в возрастном диапазоне 17-22 года, которые росли в «полных» и «неполных» семьях. Среди них: из «полных» семей – 52,5% (53 чел.), из «неполных» семей – 47,5% (48 чел.). «Неполные» семьи образовались более, чем в половине случаев в связи с разводом родителей. Также рассматривались 3 возрастных периода, когда ребенок начинал жить в неполной семье – ранний детский (до 5 лет), младший школьный (до 10 лет) и подростковый (после 10-12 лет): до 5 лет – 41,7% (20 чел.), до 10 лет – 18,7% (9 чел.), после 10-12 лет – 39,6% (19 чел.).

Для решения поставленных задач использовался психологический метод (интервью, анализ истории жизни с акцентом на отношении матери и респондента в период развода/утраты одного из родителей, на основе представлений лиц юношеского возраста о детских переживаниях и отношениях с матерью).

В процессе исследования, из выборки были исключены лица, начавшие проживать в неполной семье в раннем детском возрасте (до 5 лет), т.к. данный возраст позволял в значительно меньшей степени полагаться на достоверность воспоминаний и представлений о взаимоотношениях в диаде мать/ребенок на тот период.

Результаты: Анализ истории жизни с акцентом на отношении матери и ребенка в период развода/утраты одного из родителей, на основе репрезентации лиц юношеского возраста, позволил выявить следующие основные дезадаптивные варианты защитно-совладающего поведения матери:

1. Гипертрофированное стремление восполнить недостаток отцовской заботы, окружение ребенка атмосферой чрезмерной ласки и опеки, с акцентом на роли «безвинной жертвы», в которой оказался ребенок,
2. Гиперкомпенсаторное поведение матери с установкой на самореализацию в социуме как защиты от комплекса «ущербности»; ребенок ощущал себя на периферии внимания, ему не хватало тепла и заботы.
3. Проекция на ребенка негативных эмоций, адресованных бывшему супругу (раздражение, разочарование, недовольство, вплоть до навязывания ребенку роли «козла отпущения»).
4. Формирование с ребенком отношений излишней привязанности как эрзац отношений с утраченным партнером.
5. Формирование вторичных псевдосимбиотических отношений с ребенком (контроль, сверхвовлеченность, препятствия его взрослению и автономии) в результате эмоциональной неудовлетворенности матери.

6. Дистанцирование от ребенка в силу эмоциональных проблем самой матери (чувство вины, одиночества, тревога, неуверенность).

7. Принятие роли жертвы матерью («вы все виноваты в том, что я несчастна»), с акцентом на собственной беспомощности и формированием установки на беспомощность у ребенка.

Отмеченные психологические особенности состояния матери (в период развода/утраты одного из родителей), влияли на формирование тех или иных искажений в её воспитательной тактике и выражались: в излишней требовательности или, наоборот, в чрезмерной опеке и потакании, либо в невнимании к чувствам, желаниям и потребностям ребенка; в дефиците доверия к ребенку и утрате контроля с навязыванием ему собственных установок и решений, что на практике усиливало переживание матерью стрессовой ситуации и приводило к разнообразным нарушениям психологической адаптации ребенка, зависящим от его возраста и соответствующего уровня его психофизического развития.

На основе представлений лиц юношеского возраста о детских переживаниях и отношениях, связанных с утратой одного из родителей, выявлены следующие основные дезадаптивные защитно-совладающие со стрессом паттерны поведения у ребенка:

1. Подавленная агрессия на отца с реакцией разрядки эмоций, переноса на другие объекты, в том числе на мать (формирование механизма психологической защиты «замещение».

2. Реакция со снижением самооценки, чувством вины, самообвинения за уход отца из семьи.

3. Амбивалентная реакция: одновременные чувства любви/ненависти к отцу (что может препятствовать формированию целостности образа «Я»)

4. Тревожные реакции в виде «цепляния» за объект ненасыщаемой потребности в любви как со стороны матери, так и со стороны отца (даже в случае адекватной родительской тактики).

Обобщая результаты проведенного исследования, можно отметить, что дети по-разному воспринимают утрату контакта с одним из родителей, находясь на разных возрастных этапах развития и, в соответствии с этим, по-разному, с большей или меньшей продуктивностью, адаптируются к новой ситуации в семье. При этом большое значение имеют такие факторы, как причина образования «неполной» семьи; возраст ребенка, в котором он потерял контакт с родителем; пол родителя и пол ребенка; отношение ребенка к родителю, отношения между родителями после развода. Особенности психологической адаптации матери к новой ситуации в семье определяются ее характерологическими чертами, экономическим положением семьи и профессионально/образовательным статусом матери, наличием поддержки других значимых лиц.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют обратить внимание на роль стрессовых ситуаций, обусловленных лишением одного из родителей в детском возрасте, для формирования механизмов психологической адаптации в юношеском возрасте и высказать определенные рекомендации. На первых этапах после развода/утраты одного из родителей, «неполная» семья уязвима и нуждается в помощи: наиболее целесообразна семейная психотерапия, направленная на проработку потери, принятие новой роли и адаптация к новым условиям, выстраивание поддерживающих и доверительных отношений в диаде мать/ребенок, формирование позитивных установок и целей этой новой монородительской семьи. В части случаев необходима длительная индивидуальная психотерапия с матерью, направленная на решение ее внутренних конфликтов и повышение самооценки, а также психолого-педагогическая помощь в выстраивании наиболее продуктивной системы отношений и воспитательной тактики по отношению к ребенку.

На отдаленных этапах, в подростково-юношеском возрасте ребенка, более важным является развитие у него коммуникативных навыков, волевых качеств, уверенности и самоуважения; целесообразны групповые формы когнитивно-поведенческой психотерапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Коцюбинский А. П.

**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», МЗ РФ, отделение биопсихосоциальной
реабилитации психически больных**

Санкт-Петербург

Clinical psychotherapy as a medical science

Kotsubinsky A.P

Клиническая модель психотерапии (клиническая психотерапия) представляет собой методическую систему организации, управления, оценки качества и эффективности психотерапевтической помощи, которая рассматривается как средство влияния на психику и через психику – на весь организм индивидуума. Такое понимание клинической психотерапии предполагает тесное переплетение медицинских и психологических подходов, в связи с чем – целесообразности соучастия в терапевтическом процессе врача-психотерапевта (психиатра) и клинического психолога.

При этом клинический психолог рассматривается как специалист, решающий задачи клинической психологии – отрасли психологической науки, направленной на решение психологических и медицинских аспектов расстройства (Приказ Минобрнауки России от 24 февраля 2021 года № 118), используя при этом знания психологических закономерностей в медицинской практике, а именно: а) в диагностике психологической компоненты различных расстройств; б) в психокоррекционном влиянии на процесс выздоровления и социального восстановления пациентов при лечении различных расстройств.

Основной врачебный акцент при клинической психотерапии заключается в следующем: а) холистическое (целостное) представление о характере имеющегося у пациента расстройства; б) рассмотрение психологических причин формирования определенных симптомов и ликвидация этих причин в процессе терапии; в) поощрение пациента к активному соучастию в проводимом лечении; г) партнерская позиция врача-психотерапевта, который помогает пациенту в решении его интрапсихических и интерпсихических проблем.

Более широкое пространство для психотерапевтической деятельности при клинической психотерапии (по сравнению с медицинской психотерапией) и большая её психолого-медицинская «фундаментальность» позволяет некоторым исследователям считать, что, возможно, клиническая психотерапия может стать медицинской наукой нового типа, где исследователь (как субъект познания) принимает участие в определении предметной ее области (пациента или клиента как субъекта познания, а также субъект-субъектных взаимоотношений) и формировании критериев научного результата.

Еще одним важным следствием определения клинической психотерапии как формирующейся науки является ее принципиальная толерантность к другим системам психотерапии — клиническая психотерапия не берет на себя ответственность предписывать какие-либо предпочтения представителям различных психотерапевтических школ. Более того, клиническая психотерапия каждую психотерапевтическую идею воспринимает как потенциальный ресурс собственного развития.

Наконец, формированию клинической психотерапии могут способствовать два обстоятельства: 1) научно обоснованная теоретическая база, касающаяся биопсихосоциальной сущности психических расстройств; 2) доказательная эффективность определенных психотерапевтических программ при различных расстройствах.

Это в значительной степени предполагает целостный и взаимопринимаемый взгляд врача-психотерапевта (психиатра) и клинического психолога на: а) психологические компоненты имеющегося расстройства (в рамках психологического диагноза); б) функционально-динамические характеристики психологической адаптации (в рамках функционального диагноза); в) формулирование на этой базе «надметодической» психотерапевтической гипотезы (Назыров Р.К., 2020) → психотерапевтической диагностики → определения «мишеней» для психотерапевтического воздействия и алгоритма их реализации.

Три «подводных камня» на пути становления клинической психотерапии как отдельной науки:

1. Рассмотрение больного человека с точки зрения биопсихосоциальных представлений выходит за рамки естественно-научного контента (поскольку затрагивает также гуманитарный контент).
2. Согласование базовой научной позиции с представителями различных психотерапевтических направлений, представляющих разрозненные центробежные «касты», каждая из которых говорит на своем языке, и выстраивание на этой основе «вавилонской башни» взаимопонимания и взаимопроникновения в современных условиях практически невозможно.
3. Не представляется также возможным в современных условиях убедительно доказать эффективность тех или иных психотерапевтических программ, что обусловлено как самим субъект-субъектным предметом клинической психотерапии, так и невозможностью механического перенесения постулатов доказательной медицины, разработанных для изучения эффективности биологических методов терапии, на психокоррекционные её аспекты.

Таким образом, с учетом сказанного, следует отметить, что для утверждения клинической психотерапии как науки необходимо не только некое «эсперанто» как язык взаимопонимания, но и новый и пока еще не вполне ясный подход к «надметодическому» формулированию психотерапевтической гипотезы, а также выработка критериев эффективности, выходящих за традиционные рамки «доказательной медицины» (хотя и не исключающих использования некоторых её принципов) и предусматривающих возможность изучения гуманитарной составляющей психотерапевтического процесса, при котором методы анализа естественно-научных феноменов оказываются нерелевантными.

**О НОВОЙ ДРАМА-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПРОШЕДШИХ
ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Кочеткова Е.П. Строганов А.Е.

**КГБУЗ Алтайский краевой наркологический диспансер, ФГБОУ ВО Алтайский
государственный медицинский университет
Барнаул**

**About the new drama-oriented program of psychological rehabilitation of patients suffering
from schizophrenia and who have undergone compulsory treatment**

Kochetkova E.P., Stroganov A.E.

Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса (Карвасарский Б.Д., 2007). Несомненно, исследования в этой области являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. По мнению Незнанова Н.Г., Рукавишников Г.В. и др. хорошим примером таких исследований является современная экспериментальная психология (Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В. и др., 2020).

Цель исследования: создание оригинальной драма-ориентированной программы психологической коррекции для пациентов, страдающих шизофренией и находящихся на принудительном лечении.

Материалы и методы: драма-ориентированная программа психологической коррекции (ДПК) – это интегративная программа, включающая элементы трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова и биографического тренинга К.В. Карпинского, способствующая мотивации пациентов на пролонгированное медикаментозное и психотерапевтическое лечение, снижение эмоционального напряжения, агрессивности, адаптации в обществе, реализации жизненных потребностей.

В проведенном нами исследовании представлены принципы моделирования программы, изучена ее эффективность. Для оценки эффективности наряду с прочими использовалась методика предельных смыслов Д.А. Леонтьева (МПС).

Выборку исследования составили 120 пациентов мужского пола с диагнозом шизофрения (F- 20.0), в возрасте от 21 до 64 лет, признанные невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний и находившиеся в отделении принудительного лечения специализированного типа Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдмана. Основную группу составили пациенты, проходившие ДПК (60 чел.). В группу сравнения был включен контингент того же отделения с тем же диагнозом, участвовавший в стандартных, принятых в данном лечебном учреждении реабилитационных мероприятиях (60 чел.).

Результаты и их обсуждение: выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) предельных жизненных смыслов испытуемых основной группы после коррекции и группы сравнения. Испытуемые основной группы демонстрируют незначительно меньшую продуктивность (9,36 по сравнению с 8,85 в контрольной группе), одинаковое абсолютное число предельных категорий (1,14 и 1,1 – соответственно). Заметна тенденция к высокой связности смысловых образований, которые у представителей основной группы отличались большим разнообразием.

Особый интерес представляет динамика взаимосвязей между проявлениями агрессии и результатами МПС по окончании психокоррекционной работы: индекс рефлексивности положительно коррелирует с косвенной агрессией (0,324, $p=0,041$), индекс негативности

отрицательно коррелирует с чувством вины ($-0,344$, при $p=0,030$), а средняя длина цепи отрицательно коррелирует с косвенной агрессией ($-0,551$, $p=0,000$).

Участие в разработанной нами программе привело к тому, что испытуемые в ситуациях фрустрации стали преуменьшать травмирующие, дискомфортные аспекты этих ситуаций, сдерживать агрессивные тенденции.

Эффективность программы доказана статистическим анализом результатов исследования.

Заключение: результаты проведенного исследования показывают, что предложенная нами оригинальная драма-ориентированная психокоррекционная программа способствует формированию у пациентов, страдающих шизофренией позитивной динамики в смысловых образованиях, снижению аффективной напряженности, агрессивности, повышению уровня и качества социального функционирования, развитию коммуникативных и социальных навыков, укреплению идентичности через развитие творческих способностей и самореализации, повышению социальной адаптации, что, можно предположить, будет способствовать предупреждению повторных общественно опасных действий.

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕТАФОР В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Крайнюков С.В., Горюнова Ю.В.

**Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (СПб
ГАОУ ВО «СПбГИПСР»)**

Санкт-Петербург

Psychosemantic Analysis of Metaphors in Psychological Counseling and Psychotherapy

Krainyukov S.V., Goryunova Yu.V.

В последние десятилетия метафоры все чаще становятся предметом исследования в различных областях знания: философии, психологии, филологии, лингвистике. В психологическом консультировании и психотерапии метафора используется как психологический прием и выполняет множество функций: суггестии, познания, структурирования опыта клиента и др. Отмечается высокий диагностический и терапевтический потенциал метафор, однако, эмпирические исследования в этой области практически отсутствуют, что препятствует их научно обоснованному использованию. Психосемантическое исследование метафор в психологическом консультировании позволит увидеть, какое отношение они вызывают у клиента, каким образом они структурируются в его психике.

Цель исследования: проведение психосемантического анализа метафор в психологическом консультировании.

Задачи: 1) разработать классификацию метафор, встречающихся в психологическом консультировании; 2) выявить категориальные структуры оценивания метафор у респондентов разного пола; 3) построить и проанализировать семантические пространства метафор у респондентов разного пола.

Метод: для определения типов и видов метафор, используемых в процессе психологического консультирования, применялся метод контент-анализа. Единицами анализа выступили категории метафор, единицами счета — метафоры в психологических консультациях. Для выявления дескрипторов применялась методика личностных конструкторов Дж. Келли. Выявленные дескрипторы были использованы для разработки

методики специализированного семантического дифференциала (по алгоритму В.П. Серкина).

Материалы для исследования:

Метафоры из записей 25 открытых индивидуальных психологических консультаций. Выделенные метафоры оценивались 80 респондентами (50 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 25 до 54 лет ($M_{возр.}=33,08$; $SD=9,25$).

Результаты и их обсуждение:

В ходе контент-анализа было выявлено 164 метафоры. Метафоры использовались в 80% психологических консультаций и были классифицированы по разным основаниям: субъект, новизна, сфера репрезентации и воздействия на психику, функция.

Метафоры клиентов составили 74% от общего числа метафор, метафоры специалистов (психологов и психотерапевтов) – 26 %. Значительное преобладание клиентских метафор объясняется тем, что традиционно большая часть повествования в психологическом консультировании принадлежит клиенту, а также можно предположить, что это связано с дефицитом понятийного поля у клиента для обозначения своих субъективных переживаний. Вероятно, поэтому большая часть клиентских метафор несет функцию определения и оценки.

По степени новизны количество общеупотребительных метафор (64%), превышает количество авторских (36%). Широкая распространенность общеупотребительных метафор связана с тем, что в обыденных условиях человек чаще всего прибегает к клишированным и устойчивым выражениям и образам, чтобы достичь максимального уровня взаимопонимания с собеседником. Более редкое употребление авторских метафор объясняется энергозатратностью процесса их создания, в частности в психологическом консультировании.

Из общего количества метафор клиентские метафоры-определения, посредством которых они выражают такие представления, для которых, по их мнению, в русском языке еще нет понятий, составляют 55%, 17% составляют метафоры, которые используются для сравнения описываемого феномена с другим феноменом, 2% составляют метафоры, которые выполняют функции акта познания за счет переноса смысла с понятного клиенту феномена на сферу неясного. При этом специалисты в основном используют познавательные метафоры с целью обучения клиента (15%), реже метафоры-определения (9%) и оценочные метафоры (2%). Повышенная частота использования познавательных метафор специалистами отражает эвристический потенциал метафор, позволяющий выразить мысль лаконично и ясно. Результаты проведенного исследования показали, что именно познавательные метафоры вызывают наиболее позитивную оценку и респондентов вне зависимости от пола.

В результате анализа по сферам репрезентации психической жизни было обнаружено, что чаще всего метафора клиента выражает когнитивную (30%) и эмоциональную сферу (29%) психики. Предполагается, что это связано с тем, что метафора позволяет клиенту структурировать разнообразный и зачастую противоречивый опыт, делая его доступным для специалиста. Малое количество метафор, отражающих поведенческую сферу клиентов (10%), вероятно, можно объяснить незнанием клиента, как действовать в сложившихся обстоятельствах, дефицитом адаптивных паттернов поведения, фиксацией на проблеме.

Метафоры специалистов в большей степени воздействуют на когнитивную (18%), в меньшей – на эмоциональную (5%) и поведенческую (8%) сферы. Вероятно, это связано с тем, что с помощью метафоры клиент и специалист могут создавать аналог проблемной ситуации, находить ее решение на символическом уровне и переносить данный опыт в реальность.

Выявленные с помощью методики Дж. Келли дескрипторы, имеющие значение при оценке метафор в психологическом консультировании, а также их факторный анализ свидетельствуют о преимущественно эмоциональном восприятии метафор, что может объясняться тем, что метафоры отражают эмоциональное состояние клиентов, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В результате факторного анализа у респондентов разного пола был обнаружен общий для обеих выборок фактор «Позитивность – Негативность» (33,6% дисперсии), который соответствует классическому фактору оценки, выявленному Ч. Осгудом. Для женской выборки специфичен фактор «Спокойствие – Тревога» (18 % дисперсии), что может быть объяснено тем, что в силу гендерных особенностей женщинам в большей степени свойственно испытывать тревогу. Для мужской выборки специфичен фактор «Веселье – Тоска» (18 % дисперсии), что, вероятно, связано с возможным проявлением защитных тенденций у мужчин в ситуации консультирования, а также потребностью в снятии напряжения и эмоциональной разрядке, средством для которых выступает метафора.

По выделенным факторам были построены и проанализированы семантические пространства метафор, используемых в психологическом консультировании, отдельно для мужчин и женщин.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Метафоры в психологическом консультировании можно классифицировать по разным основаниям: по субъекту (метафоры клиентов и специалистов), по новизне (авторские и стертые), по сфере репрезентации и воздействия на психику (связанные с когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферами), по функции (метафора-определение, оценочная, познавательная).
2. В психологическом консультировании встречаются преимущественно клиентские общеупотребительные метафоры, главным образом репрезентирующие когнитивную и эмоциональную сферы. Метафоры клиентов чаще выполняют функции определения и оценки, помогающие найти подходящие слова для выражения мыслей и чувств, а метафоры специалистов — функцию познания, направленную на обучения клиентов, расширение их картины мира.
3. При восприятии метафор в психологическом консультировании значимым фактором для респондентов является позитивность—негативность вызываемого ими состояния. При этом обнаруживаются половые различия: для женщин важно, насколько метафоры вызывают состояние спокойствия—тревоги, а для мужчин — веселья—тоски.
4. В психологическом консультировании наиболее позитивно респонденты вне зависимости от пола воспринимают обучающие метафоры специалистов, воздействующие на когнитивную сферу. Дифференцированный анализ метафор в психологическом консультировании важен для их эффективного применения.

**АЛЬЯНС СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРОЦЕССЕ
ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ОНКОПАТОЛОГИЕЙ**

Кравченко Н.Е., Сутина О.А., Сачук О.В.

**ФГБНУ "Научный центр психического здоровья", НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им.
Н.Н. Блохина» Минздрава России
Москва**

**An alliance of medical and non-medical professionals in the treatment of mental health
disorders in children and adolescents with cancer
Kravchenko N.E., Suetina O.A., Sachuk O. V.**

Многоплановый характер задач, которые необходимо решать на каждом этапе медико-психологического сопровождения детей и подростков, страдающих онкологическими заболеваниями, диктует необходимость объединения усилий специалистов разного профиля, участвующих в процессе диагностики, лечения и реабилитации этих пациентов. Проведенный нами многолетний мониторинг психического статуса больных, получавших лечение в детском онкологическом стационаре, показал, что те или иные нарушения психологического и психического здоровья имели место у всех детей и подростков. В большинстве случаев речь шла о расстройствах непсихотического уровня, среди которых преобладали стрессогенно обусловленные: тревожно-фобические, депрессивные, поведенческие реакции. Значительно реже выявлялась коморбидная психическая патология, либо имевшая место до развития онкологического заболевания, либо спровоцированная им.

Целью нашего сообщения является обобщение опыта психолого-психиатрического сопровождения детей и подростков от 3 до 17 лет с онкологической патологией на этапах активного противоопухолевого лечения. Все несовершеннолетние наблюдались в НИИ ДОГ по поводу онкогематологических заболеваний и солидных опухолей разной локализации. В работе использовались клинический, клинико-психопатологический, психологический методы, изучались данные медицинской документации.

Результаты. В настоящем сообщении мы ограничились анализом состояний, с которыми приходится сталкиваться наиболее часто. Одно из ведущих мест занимали психогенные реакции, феноменологические проявления которых в значительной мере определялись возрастом. Общими клиническими особенностями психогенных образований являлся их полиморфизм, синдромальная незавершенность, незначительная глубина симптоматики. Типологически они были представлены преимущественно невротическими (55,6%) и аффективными (32,4%) проявлениями и нередко сочетались с расстройствами поведения, которые могли выступать как изолированно, так и в качестве компонента психогенного образования.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста наиболее часто выявлялись разнообразные страхи и тревога, возникавшие на фоне нерезко сниженного настроения, иногда отмечались психопатоподобные поведенческие девиации. В психогенных реакциях у подростков доминировали депрессивные проявления, включавшие в качестве аксессуарных симптомы тревожно-фобического ряда. Психопатоподобные расстройства поведения могли отмечаться не только в структуре психогенного симптомокомплекса, но и вследствие проводимой гормональной терапии. В последних случаях на фоне дисфорически окрашенного аффекта, в прошлом не свойственного больному, формировался поведенческий психопатоподобный комплекс – гневливость с выраженной раздражительностью, агрессивное поведение, конфликтность, злобность по отношению к матери и персоналу, а также аутоагрессивные действия.

Контакт несовершеннолетнего пациента и его родителей с сотрудниками психолого-психиатрической службы, как правило, устанавливался уже в первые дни пребывания в стационаре. На начальных этапах лечения в процессе привыкания к повседневной больничной ситуации основной задачей, решаемой специалистами психолого-психиатрической службы, являлась психотерапевтическая поддержка болеющих детей и подростков (а также и их родителей), подразумевающая прежде всего помощь в приспособлении к сложившимся условиям и облегчение формирования адекватного комплаенса. В целом, психолого-психиатрическое сопровождение включало меры медицинского и психологического характера, направленные на активацию адаптивного потенциала, личностных ресурсов. Психотерапевтические подходы, используемые у несовершеннолетних пациентов, были интегративными и включали элементы игротерапии, арт-терапии, а также методы визуализации и ассоциативные. Необходимое в каждом конкретном случае количество сеансов рассчитывалось индивидуально. Обычно курс краткосрочной психотерапии проводился 1-2 раза в неделю, число встреч варьировалось от 10 до 25. Положительный эффект, как правило, отмечался уже после нескольких сеансов. Для родителей в основном применялись методы рациональной психотерапии: понятным языком разъяснялись важность и особенности предстоящего лечения, вероятные последствия, необходимость соблюдения режима, возможности современной онкологии.

Нередко возникала потребность и в медикаментозной коррекции психогенно обусловленных симптомов (страхов, тревоги, расстройств настроения и поведения). В таких ситуациях наряду с психотерапевтическими методами использовались разрешенные у детей противотревожные и антидепрессивные препараты. При назначении психофармакотерапии учитывался не только «синдром-мишень», но и особенности терапевтического профиля, характер побочных эффектов препарата, а также высокая чувствительность данного контингента больных к психотропным средствам в связи с соматической ослабленностью. Необходимый уровень доз психотропных средств мог быть намного ниже, чем в общепсихиатрической практике. Когда симптоматика, относящаяся к кругу психических расстройств, была выражена незначительно, либо имелись противопоказания для назначения психотропных средств, могли употребляться гомеопатические лекарства и фитопрепараты.

Выводы. Таким образом, модель мультидисциплинарного взаимодействия специалистов медицинского (онкопедиатры, психиатры, неврологи) и немедицинского (психологи, учителя, социальные работники) профиля может использоваться для максимально эффективной помощи несовершеннолетним пациентам с онкологической патологией.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОНТОЛОГИЯ КАК «МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ» В КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Красильников И. А.

**Полтавский областной клинический медицинский кардиоваскулярный центр
Полтава, Украина**

**Phenomenological ontology as a "methodological turn" in consultative psychotherapy
Krasilnikov I. A.**

В консультативной психологии и психотерапии (консультативной психотерапии) специалисту так либо иначе приходится выбирать те или иные концептуальные подходы в помощи своим клиентам. Эффективность консультативной практики и психотерапии во

многим определяется не только созданием особых психотерапевтических отношений между специалистом и клиентом, но и той теоретической парадигмой, в которой работает психолог, психотерапевт. Научная рефлексия современных методов психокоррекции и психотерапии и соответствующих теоретических парадигм говорит о глубокой неудовлетворенности в их эффективности для современной практики. Постоянно в консультативной психотерапии идет поиск синтетического подхода помощи лицам с невротическими нарушениями. В связи с этим в научной литературе достаточно широко обсуждается вопрос о разработке концепции интегративной консультативной психологии и психотерапии. Рассматриваются также взгляды привлечения достижений философской мысли к решению проблемы эмоциональных нарушений личности человека; усиливается внимание исследователей к изучению синтеза философии, психологии, психотерапии и психиатрии.

На современном этапе научного знания, особенно в науках о Человеке происходит радикальная смена философско-методологической установки с классической на неклассическую. В настоящее время в гуманитарных науках наблюдается «разворот» от классической эпистемологической парадигмы, которая опирается на идею, что поведение человека тотально поддается рациональному исследованию, к неклассической онтологической парадигме в форме феноменологии, герменевтики, экзистенциального психоанализа, культуры постмодерна и др. В рамках неклассической парадигмы, центральное место в решении проблемы психопатологических состояний личности может занимать феноменологическая и сопряженная с ней экзистенциально-гуманистическая психология.

В современных научных исследованиях гуманитарных наук различные авторы указывают на целесообразность и полезность применения достижений философской мысли, в частности, феноменологической онтологии, в качестве методологического подхода в решении проблемы эмоциональных нарушений личности. Так, ряд отечественных и зарубежных исследователей Т. Фукс, Дж. Стангеллини, Дж. Парнас, Л.А. Сасс, Д. Захави и др. полагают, что при изучении психических нарушений психиатрические исследования должны опираться на синтетический междисциплинарный подход, и в первую очередь необходимо использовать достижения феноменологической философии, психологии и психотерапии. Психопатологический объект (симптомы, поведенческие нарушения, эмоциональные страдания, измененные формы сознания), по их мнению, всегда проявляются в феноменальном жизненном поле индивида. Понимание же этиологии эмоциональных нарушений на основе феноменологической онтологии может быть ценным для психотерапевтической практики. Следует также отметить, что парадигма феноменологической онтологии представляет собой мощное философское основание для экзистенциально-гуманистической и феноменологической психологии.

Феноменологическая онтология уходит своими корнями в философию жизни, основанную экзистенциальными философами С. Кьеркегором, А. Шопенгауэром, Ф. Ницше, К. Ясперсом, Ж.П. Сартром и др. Некоторые варианты и формы феноменологической онтологии представлены в таких концепциях как «самоотравление души и сопротивление миру» М. Шелера, как «феноменологический базовый опыт собственного тела» Мерло-Понти и Г. Марселя, как устойчивый «эмоционально-травматический опыт детства» З. Фрейда и др. Важнейшие философские положения фундаментальной феноменологической онтологии заложены в трудах Э. Гуссерля и М. Хайдеггера.

В отечественной психологии проблема феноменологической онтологии фактически была обозначена в фундаментальных работах С. Л. Рубинштейна, в которых вводились понятия «субъект переживания» и «жизненный мир» как онтологическая психологическая реальность. Субъект на основе переживания способен к творческому преобразованию

своего жизненного мира. В этих трудах подчеркивается, что важно исследовать феноменологию сознания не как замкнутую психическую систему, а как динамическую, противоречивую смысловую реальность жизненного мира, в которой разыгрывается драма становления онтологического «Я».

Специалисты в сфере онтологии человеческой жизни и А.В. Иванов, Ю.А. Кимелев, В.В. Миронов и др. анализируя основные философско-психологические подходы, приходят к выводу, что если классическая эпистемологическая парадигма опирается на рациональность и считает, что поведение человека можно тотально исследовать, то неклассическая парадигма в форме экзистенциализма, феноменологии, психоанализа, культуры постмодерна, герменевтики, не так оптимистично рассматривает возможности рационального познания поведения человека. По их мнению, особенно остро эта проблематика встает, когда исследуются трагические аспекты бытия человека, когда абсолютных критериев добра и зла не существует. Человек, который старается понять все предельно логически, утрачивает творческую активность и становится невротиком. Такой человек живет иррациональной жизнью, иллюзиями существования, которые в дальнейшем изолируют его личность от мира. Методологический «поворот» к феноменологической онтологии, с точки зрения авторов, выводит психологическое исследование на проблему конфликтности человеческой жизни. По их мнению, кризис рационального познания связан с непониманием глубинных свойств сознания человека. В настоящее время «онтологический поворот» в гуманитарных науках рассматривает не разведение субъекта и мира, а их нераздельное единство. Методология «онтологического поворота» в современной психологии связана с пониманием недопустимости пренебрежения к безотчетным, трудно осознаваемым душевным состояниям, типа глубинной тревоги, волнения и др. В таких типах переживаний имеется некий ускользающий предмет, трудно поддающийся осознанию. В.В. Миронов и А.В. Иванов полагают, что в классической эпистемологии и онтологии также не учитываются дорациональные, дорефлективные структуры жизненного опыта, обеспечивающие неотчужденное бытие человека, понимание себя в мире сложных жизненных ситуациях. Таким образом, неклассическая феноменологическая онтология рассматривает отношение человека к миру, не как отчужденно-объектное, а скорее, как эмоционально-вовлеченное: человек буквально живет в творческом взаимодействии со своим жизненным социальным миром и как бы «растворен» в нем. Феноменологическая онтология позволяет открыть и высветить внутреннее «Я», «латентный опыт», который еще не нагружен какими бы то ни было интерпретациями.

Выводы. Методологически перспективным в решении проблемы купирования эмоциональных нарушений личности является полезность и продуктивность применения в консультативной психологии и психотерапии такого философского направления как феноменологическая онтология. Неклассическая феноменологическая онтология исследует фундаментальные аффективные связи между человеком и его реальным жизненным миром, а также вопрос - каким образом человек способен ценностно и спонтанно постичь свои личные жизненные противоречия и преодолеть онтологический разрыв (экзистенциальный, культурно-символический и духовный) между «Я», своим жизненным опытом и жизненной реальностью.

**ГРУППОВАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ
САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЦВЛ «ДЕТСКАЯ
ПСИХИАТРИЯ»**

Кузавков А.В., Берёзкин Д.В.

**СПб ГКУЗ ЦВЛ "Детская психиатрия" С.С. Мнухина, отделение медико-социально-
психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия»**

Санкт-Петербург

**Group behavioral psychotherapy of adolescents with non-suicidal self-harm in the conditions
of the department of medical- socio-psychological and psychotherapeutic care of S.S.**

Mnukhin RC

Kuzavkov A.V., Berezkin D.V.

Под несуйцидальными самоповреждениями (НССП) понимается преднамеренное, повторяющееся нанесение телесных повреждений без суицидальных намерений, с целью снижения психологического дискомфорта. В настоящее время отмечается широкое распространение данной формы отклоняющегося поведения в подростковой среде. В ряде источников эпидемиологические данные могут иметь существенные различия. Так отмечается, что среди подростков, проходящих стационарное психиатрическое лечение, НСП встречается от 30 % до 82,4 % случаев. В среднем в течение жизни НССП встречается у 18 % подростков. При чем подавляющее большинство подростков с НССП – девочки, 85 % от общего числа детей и подростков с этой формой отклоняющегося поведения (Давидовский С.В., Игумнов С.А., 2020).

Подростки с НССП часто обращаются в отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, в котором им оказывается психологическая и психотерапевтическая помощь. В настоящей статье приводится пример психотерапевтической работы с 11 подростками с НССП. Возраст детей составил 14 – 17 лет; их средний возраст составил 15,7 года. Большинство детей, 6 человек имели диагноз F 43.2 – расстройство адаптации, из них у 5 детей протекала в виде смешанного расстройства эмоций и поведения F 43.25, у 1 в виде пролонгированной депрессивной реакции F 43.21. По 1 подростку с диагнозами F 42.0 – обсессивно-компульсивное расстройство с преимущественно навязчивыми мыслями или размышления, F 92.0 – депрессивное расстройство поведения, F 92.8 – другие смешанные расстройства поведения и эмоций, F 95.1 – хронические моторные тики или вокализмы, F 25.1 – шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.

В клинической беседе, направленной на выявление психотравмирующих обстоятельств, провоцирующих самоповеждающее поведение, все дети отмечали конфликты в семье, сложности в отношениях с родителями. 55 % подростков указывали на сложности и конфликты в общении со сверстниками. 18 % детей высказывали экзистенциальные переживания, связанные с поисками смысла жизни и профессиональной ориентации. У 27 % детей имелся опыт переживания психотравмирующих ситуаций в прошлом (развод родителей, потеря близких и т.д.).

Для психодиагностического обследования использовались шкала депрессии Зунга и методика изучения детской депрессии CDI. С помощью шкалы депрессии Зунга было выявлено у большинства подростков, 82 % детей легкая депрессия (51 -59 баллов). У 18% пациентов баллы по методике Зунга оказались в норме. В месте с этим у всех детей наблюдалось снижение социального функционирования, самооценки, негативное отношение к будущему. В методике CDA дети набрали 60 и более баллов по большинству шкал.

На отделении медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи (МСПиПП) с этими подростками проводились групповые занятия. Они посещали открытую психотерапевтическую группу раз в неделю от 1 – 3 месяцев до 1 года. Групповое занятие проводилось по упрощенной поведенческой схеме: знакомство, представление себя, выбор актуальной проблематики для обсуждения, непосредственно обсуждение и отреагирование ситуаций, шеринг. Основной частью сеанса групповой психотерапии было обсуждение, которое включало в себя описание конфликтных ситуаций, эмоциональное отреагирование, поиск стратегий разрешения конфликта. Выбор ситуации определялся потребностями участников и касался тех сфер жизни, которые являлись наиболее травматичными для этих подростков. Частота тем, которые заявляли участники соответствовала распространенности трудностей у детей в их группе. Соответственно наиболее частой темой, выносимой на обсуждения, были отношения с родителями и другие конфликты в семье, например, между сиблингами. Остальные темы становились актуальными после эмоционального отреагирования и поиска решения этих проблем. Результатами обсуждений подростками своих переживаний связанных с конфликтами приводило к осознанию ими неэффективности способов снятия эмоционального напряжения, путем нанесения себе порезов на различные части тела. Они находили другие способы переключения внимания, эмоционального отреагирования, а также расширяли поведенческий репертуар действий в конфликтных ситуациях.

На основании самоотчетов подростков нами делались выводы о снижении психоэмоционального напряжения. Они сообщали, что благодаря групповым занятиям им удалось преодолеть чувство неразрешимости ситуации, на основании которого возникала потребность в самоповреждающих действиях.

Заключение. Опыт нашей групповой психотерапевтической работы с подростками с НССП показал, что этот метод является одним из возможных способов преодоления данного варианта девиантного поведения. Он позволяет улучшить как общее эмоциональное состояние, так и повысить возможности социальной адаптации подростка.

В месте с этим для более точных выводов важно было бы оценить в дальнейшем динамику психоэмоционального состояния, увеличить выборку детей, расширить количество психодиагностических шкал.

МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**Кузнецова С.О., Строгова С.Е., Сурикова М.А.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва**

**Art therapy methods in the treatment of mental illness in old age
Kuznetsova S.O., Strogova S.E., Surikova M.A.**

В геронтологической реабилитации одной из актуальной научно-практической задачей является поиск эффективных методов психотерапевтической работы. Реабилитация психически больных в пожилом и старческом возрасте прежде всего направлена на сохранение механизмов памяти, внимания, мышления, практических навыков, способствующих в совокупности адаптации к повседневной самостоятельной жизни, поддержанию качества жизни. При этом, важно в разработке методов психотерапевтической и психологической помощи пациентам с различными психическими расстройствами учитывать их интересы, возможности, индивидуальные особенности и сохраненные ресурсы. Как показано в отечественных и зарубежных клинических и

психологических исследованиях именно арт-терапия имеет большой психотерапевтический потенциал. В данном исследовании представлены результаты проведенного эмпирического исследования, посвящённого изучению влияния арт-терапевтических занятий с пожилыми людьми с психической патологией на улучшение их когнитивных нарушений, социальной адаптации и социального взаимодействия в целом.

Цель нашего исследования состояла в изучении эффективности арт-терапевтических занятий, направленных на коррекцию когнитивных особенностей и социального взаимодействия, с пожилыми людьми, имеющими психические заболевания. Материалы и методы исследования. В данном исследовании были использованы методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования и формирующего эксперимента. При разработке методического комплекса, использованного в данной работе, учитывались следующие принципы: 1) возможность фиксации как количественных, так и качественных характеристик; 2) валидность и надежность методик; 3) соответствие уровня сложности и времени, необходимого для проведения методик физическим и интеллектуальным возможностям исследуемого контингента. Данное исследование представляло собой формирующий эксперимент и проводилось в 3 этапа: 1 этап – диагностическое обследование испытуемых; 2 этап – проведение арт-терапевтических занятий параллельно с медикаментозным лечением для экспериментальной группы, контрольная группа получала только медикаментозное лечение; 3 этап- повторное диагностическое обследование обеих групп больных. Для диагностического обследования использовались следующие методики: 1. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) позволяющая оценить степень выраженности когнитивных нарушений. 2. Шкала общей самооценки (Р.Шварцера). Выборку составили 3600 человек в возрасте от 50 до 90 лет (средний возраст – 62,8 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ и имеющих биполярное аффективное расстройство, шизофрению, рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод, тревожно-фобическое расстройство, соматоформное расстройство, легкое когнитивное расстройство. Все больные предварительно были обследованы врачами НЦПЗ РАМН. Вся когорта больных была разделена на 2 группы (экспериментальная и контрольная), которые были уравнены по нозологическому составу, возрасту, гендерному составу, медикаментозному лечению. Экспериментальную группу составили 1740 человек, контрольную - 1860 человек. Арт-терапевтическая группа проводилась один раз в неделю в групповом формате по 5-6 человек. Длительность занятий составляла 1,5 часа. Работа арт-терапевтической группы ориентирована на решение по сути реабилитационных задач, таких как: сенсорная стимуляция и эмоциональное оживление; отреагирование чувств и переживание разнообразных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами; поддержка и развитие коммуникативных навыков, навыков самостоятельности и самоорганизации; психологическая интеграция в групповой процесс, достижение более высокого уровня самопринятия и самопонимания; развитие и поддержка творческих навыков; занятость за счет вовлечения в интересную и содержательную деятельность. В результате проведенного исследования было отмечено статистически значимое ($p < 0,001$) увеличение показателей общей самооценки и снижение выраженности когнитивных нарушений у больных экспериментальной группы. Следует отметить, что психолог, проводящий занятия, учитывал индивидуальные особенности и потребности больных, выступал в роли посредника в диалоге между участниками группы и создаваемыми ими художественными образами. Для большинства участников арт-терапевтических занятий такой индивидуальный контакт с ведущим группы является очень важным фактором психологической безопасности и эмоциональной поддержки в ходе работы. Большое значение имеет возможность выбора разнообразных материалов для

творческой работы. Хорошая оснащенность изобразительными средствами стимулирует творческую деятельность. Атмосфера поддержки в группе создает благоприятную среду, которая позволяет больным раскрыть свои возможности. Таким образом, арт-терапевтические занятия обладают значительными возможностями: позволяют вовлекать в терапевтический процесс максимально широкий круг пациентов, использовать разнообразные материалы, темы и формы художественной практики, в зависимости от состояния и потребностей каждого пациента. Арт-терапевтические группы могут выступать одной из наиболее оптимальных организационных форм психотерапевтической работы с психиатрическими пациентами, ориентированными на решение задач реабилитации.

СЕМЕЙНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ КАК МИШЕНИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кузьмина М.В.

ФГБНУ "Научный центр психического здоровья"

Москва

Family disorders in epilepsy as targets of psychosocial interventions

Kuzminova M.V.

Вопрос опосредованного влияния повседневной жизни семей, в которых есть больной эпилепсией, на течение его заболевания все чаще дискутируется исследователями. В таких семьях, как правило, семейные отношения существенно нарушены, о чем свидетельствуют более низкое качество отношений между больным и его близкими, в первую очередь, родителями, большая выраженность депрессии у матерей, проблемы с семейным функционированием, осознанное нежелание больного вступать в брак, заводить детей и т.п. Для семьи больного эпилепсией характерна особая специфика отношений, особенно родительского контроля, отношения родственников к больному эпилепсией члену семьи, а также явная взаимосвязь между этими факторами и развитием психопатологии у больных эпилепсией.

Цель. Исследовать влияние различных семейных факторов на возникновение у больных эпилепсией различных психических расстройств.

Пациенты и методы. Был обследован 149 больной эпилепсией с использованием клинко-психопатологического, психометрического, статистического методов.

Результаты и их обсуждение. При исследовании взаимоотношений в семьях больных эпилепсией, в 41,6% случаев отмечались теплые доброжелательные отношения, у 22,1% семей нередко отмечались конфликты, ссоры, обиды, взаимное непонимание, у 28,9% обследованных отношения в семье были неустойчивыми, а в 7,4% семей царили формальные, прохладные взаимоотношения.

Что касается стратегии взаимоотношений в семьях больных эпилепсией, то партнерский стиль был характерен лишь для 23,5% семей, при котором для пациентов была характерна высокая самооценка ($r=0,61$; 95% ДИ 0,50-0,72), их практически не беспокоили депрессивные переживания ($r=0,64$, 95% ДИ 0,54-0,73). В остальном, даже в случае доброжелательных отношений, чаще всего внимание семьи концентрировалось «вокруг болезни». Опасаясь развития повторных эпилептических приступов, больного старались практически ото всего оградить, в том числе, от любой физической активности, любимых увлечений, домашних обязанностей, во многом лишая его самостоятельности и гармоничного развития. Так, автократическая манера общения с психологическим давлением со стороны близких, особенно матерей и сестер, в семьях больных эпилепсией была приоритетной (32,2%), в 28,2% случаев близкие проявляли гиперопеку. При этом у

больного помимо учащения приступов формировались личностные изменения, появлялись апатия, неуверенность в себе, различные фобии, иногда достаточно ярко проявлялись черты демонстративного поведения с манипулированием близкими в части удовлетворения своих потребностей и капризов, рентные установки. У большинства матерей при осознании факта эпилепсии у ее собственного ребенка развивалась депрессия, присутствовала повышенная тревожность, вследствие чего в некоторых семьях наступал общий разлад.

Такие реакции родственников на болезнь человека с эпилепсией были связаны, прежде всего, с дефицитом адекватной информации о заболевании, чрезвычайно редких психообразовательных мероприятиях в этих семьях, что приводило к боязни неизвестности и негативных последствий эпилепсии. Конфликтные, недоброжелательные и формальные отношения были характерны, как правило, для семей с низким уровнем образования, а также в семьях, где кто-то из родителей имел психическое расстройство или злоупотреблял алкоголем. Так, в 14,8% и 6% семей отец или мать соответственно, страдали эпилепсией; в 1,3% и 4,7% - отец или мать страдали шизофренией; в 1,3% случаев мать злоупотребляла алкоголем, в 15,4% семей - отец и в 2,7% - оба родителя страдали алкоголизмом. В таких семьях к больному эпилепсией, как правило, относились с безразличием (16,1%) или негативно-предубежденно (13,4%).

Как в случае с гиперопекой, так и при конфликтных отношениях в семье, у больного эпилепсией формировались личностные изменения, которые в дальнейшем имели отрицательные психоосоциальные последствия. Так, у обследованных имели место различные акцентуации – у 24,8% развились эпилептоидные черты, психастенические особенности были у 10,3% обследованных, у 8,7% проявлялись истероидные, у 5,8% - шизоидные и в 4,7% случаев - эксплозивные особенности характера, у 30,9% пациентов отмечались смешанные личностные акцентуации. Гармоничная личность сформировалась лишь у 14,8% из них, причем она была характерна в основном для пациентов из семей с партнерским типом взаимоотношений ($r=0,51$; 95% ДИ 0,38-0,62).

Личностные девиации, сформированные в результате нарушенных семейных взаимоотношений, в свою очередь, негативно влияли на прогноз и течение эпилепсии, помимо учащения припадков опосредованно способствовали конфликтным отношениям больного с окружающими, а также возникновению психических расстройств, чаще в виде атипичной депрессии (44,3%), тревожных расстройств, анергии, множества фобий, переживания больным своей «ущербности» и одиночества, суицидальным тенденциям. Более трети больных оценили свое психическое состояние как «очень плохое» (5,4%) и «плохое» (32,9%) соответственно, 43,6% пациентов были не удовлетворены своим психическим состоянием.

Психические расстройства препятствовали адекватной социальной адаптации человека с эпилепсией в обществе, чем можно объяснить осознанно сниженное по сравнению с общей популяцией даже при относительно благоприятном течении болезни эпилепсии вступление пациентов в брак, желание иметь детей, а также трудности с трудоустройством. Так, только треть обследованных имели супруга (35,6%), из состоящих в браке 62,3% имели детей. Осознанный отказ от материнства/отцовства чаще всего был связан со страхом передать болезнь по наследству, который отмечался у 53,0% респондентов.

Выводы. Семейные факторы могут оказывать как благоприятное, так и отрицательное влияние на течение и долгосрочный прогноз эпилепсии, способствуя появлению в клинической картине заболевания помимо припадков различных психических расстройств. Отрицательное влияние на долгосрочный прогноз заболевания оказывают лишение больного самостоятельности, ограждение его от различных занятий, встревоженность за его состояние близкими, в результате чего формируются личностные акцентуации, которые

могут перерасти впоследствии в выраженные изменения личности с различными радикалами. Личностные изменения в силу неправильных реагирований в социуме по своему неблагоприятно действуют и на частоту приступов, и на адаптацию таких людей. Течение эпилепсии в большинстве таких случаев неблагоприятно, приступы полиморфны и псевдорезистентны к лечению. Доброжелательные отношения, семейная поддержка с предоставляемым больному эпилепсией правом самостоятельно решать большинство вопросов своей жизни способствуют повышению самооценки у человека с эпилепсией, снижают риск развития у него психических расстройств, течение заболевания более благоприятно. Такой человек, несмотря на заболевание, обычно успешно адаптируется в обществе, как правило, трудоустроен, имеет семью, и его жизнь в целом почти не отличается от жизни здоровых людей. Полученные данные показали необходимость расширения и внедрения медико-реабилитационных мероприятий для семей с больным эпилепсией, что в итоге будет способствовать более благоприятному течению эпилепсии, а также лучшей социальной адаптации больных.

ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ
Кузьмина М.В.
ФГБНУ "Научный центр психического здоровья"
Москва
Suicide prevention in epilepsy
Kuzminova M.V.

Введение. Несмотря на существование различных точек зрения исследователей на взаимосвязь эпилепсии и повышенного суицидального риска, большинство мнений все же сходятся в том, что частота суицидов при эпилепсии в три-пять раз выше, чем среди населения в целом. Повышенный суицидальный риск при эпилепсии можно объяснить многими причинами, среди которых и опасность развития у больного импульсивных поступков в связи с частично нарушенным сознанием в рамках эпилептического приступа при некорректной терапии, и сложные психосоциальные условия, в которых живут люди с эпилепсией, которые по настоящее время продолжают подвергаться различным видам дискриминации даже при стойкой ремиссии приступов. Эпилепсия в межприступном периоде сопровождается различными аффективными нарушениями, в числе которых дистимии, дисфории, депрессии, в том числе атипичные, а также у больных нередко развиваются тревожные расстройства. По различным данным, депрессией страдают 20-55% пациентов с рекуррентными приступами эпилепсии и 5-10% пациентов с контролируемыми припадками. Множество исследований демонстрирует, что лица, страдающие эпилепсией, имеют чрезвычайно высокий риск развития коморбидных депрессивных симптомов по сравнению с популяционным контролем. Нарушения аффективно-тревожного спектра при эпилепсии также могут способствовать повышенному риску суицида при этом заболевании. Наконец, регулярный прием антиэпилептических препаратов (АЭП), некоторые из которых обладают дозозависимым депрессогенным свойством (например, леветирацетам, топирамат, фенобарбитал), также может приводить к развитию депрессии, а как следствие, вызывать суицидальное поведение.

Цель. Исследовать влияние различных факторов на возникновение у больных эпилепсией суицидального риска.

Пациенты и методы. Было обследовано 149 больных эпилепсией, средний возраст которых составил $45,0 \pm 11,7$ лет, с использованием клиничко-психопатологического, психометрического, статистического методов.

Результаты и их обсуждение. При исследовании частоты встречаемости транзиторных расстройств сознания выявлено, что у пятой части обследованных (20,8%) с различной частотой имели место эпизоды нарушенного сознания, во время которых больные не помнили, что они делают. Среди них в 8,1% случаев отмечались эпизоды аутоагрессивного поведения, когда обследованные наносили себе различные повреждения, в том числе, огнестрельные, писали «предсмертные послания», о которых впоследствии или не помнили вообще, или имели смутные воспоминания.

Общеизвестно, что некоторые АЭП при превышении дозировки обладают депрессогенным свойством. Так, депрессия как побочный эффект приема АЭП имела место у 20,8% обследованных, причем у женщин ($0,28 \pm 0,45$) достоверно чаще ($p=0,02$), чем у мужчин ($0,14 \pm 0,34$). Эти обстоятельства демонстрируют важность корректной терапии эпилепсии с целью недопущения приступов, могущих вызвать импульсивный суицид, а также развитие депрессии в результате превышения дозировки АЭП для конкретного пациента. Контроль терапии с помощью регулярных ЭЭГ-исследований, а также периодического мониторингования потенциально депрессогенных АЭП в крови могли бы обеспечить профилактику суицидального риска у пациентов, принимающих эти препараты.

При анализе различных аффективных нарушений было выявлено, что раздражением и дисфорией 56,4% пациентов реагировали на психотравмирующую ситуацию, проявления депрессии имели место почти у половины всех обследованных (45,6%), причем для женщин ($0,53 \pm 0,50$) депрессивные переживания были более характерны, чем для мужчин ($0,38 \pm 0,49$), $p=0,03$. Депрессия при эпилепсии довольно часто проявлялась атипично: лабильное настроение, как правило, сочеталось с раздражительностью, астенией, болью, нарушениями сна, беспричинным страхом и тревогой, иногда с оттенком эйфории. Так, по результатам исследования, немотивированные колебания настроения отмечались у 75,2% больных, 46,3% опрошенных утверждали, что довольно часто их одолевают негативные чувства, а 5,4% респондентов указывали на то, что всегда живут под влиянием лишь отрицательных эмоций. Среди часто встречающихся симптомов у больных эпилепсией, сопутствующих аффективным нарушениям, была боль. Так большая часть пациентов (59,7%) отмечали боль, как значимый для себя фактор, мешающий нормальному функционированию, 39,6% обследованных заявили, что боль довольно часто или почти всегда препятствует выполнению того, что нужно сделать. Причем мужчинам боль достоверно реже доставляла дискомфорт: так, она никогда не являлась препятствием для выполнения повседневных дел у $0,09 \pm 0,29$ мужчин против $0,03 \pm 0,16$ у женщин ($p=0,004$), довольно редко препятствовала занятиям привычными делами у $0,45 \pm 0,50$ мужчин против $0,31 \pm 0,46$ женщин ($p=0,04$). 40,9% всех опрошенных боль причиняла выраженное беспокойство. 64,4% респондентов пожаловались на часто возникающую бессонницу; эпизоды страха встречались у 36,9% пациентов соответственно. Фабулы страхов были различны, в основном связаны с заболеванием – страх повторения приступа (73,8%), телесных повреждений и смерти во время него (50,3% м 32,9%), отстранения с учебы и увольнения с работы из-за болезни (8,7% и 38,9%). Тревожность была свойственна большей части всех обследованных (52,3%). Достоверно чаще она присутствовала практически постоянно у женщин ($0,28 \pm 0,45$) в отличие от мужчин ($0,11 \pm 0,31$), $p=0,004$. Тревожность возникала в ответ на психотравмирующую ситуацию примерно в равной степени и у мужчин, и у женщин ($0,33 \pm 0,47$ и $0,30 \pm 0,46$ соответственно). Сниженная самооценка была нередким явлением у опрошенных. Так, совсем низко и низко ценили себя 12,8% и 25,5% респондентов соответственно, средняя самооценка была у 21,5% пациентов, относительно высоко и предельно высоко оценили себя 28,9% и 11,4% больных соответственно. Показатели самооценки статически достоверно различались у мужчин и женщин. При том, что не было ни одного человека обоих полов, которые бы оценили свою самооценку

совсем низко, чаще относительно низкой считали свою самооценку женщины ($0,09 \pm 0,29$), $p=0,01$, а относительно высоко чаще оценивали себя мужчины ($0,50 \pm 0,50$), чем женщины ($0,37 \pm 0,49$), $p=0,05$. При этом чувства печали и депрессии сильно и предельно сильно влияли на повседневную деятельность более чем половины всех обследованных – 36,5% и 15,4% опрошенных соответственно. Отмечено, что у 46,3% пациентов депрессия клинически проявлялась еще до дебюта эпилептических припадков. Что касается отношения к суициду, то 21,5% опрошенных заявили, что допускают возможность суицида, а 6,0% больных эпилепсией и вовсе одобряли суицид, как выход из сложной ситуации, 14,8% обследованных относились к суициду неопределенно.

Заключение. Выявленные у обследованных импульсивные поступки с аутоагрессивным поведением, часто сопровождающие эпилепсию расстройства аффективно-тревожного спектра, фобии, связанные со стигмой при эпилепсии, а также непредсказуемостью развития припадков, депрессогенным действием АЭП, отчетливо демонстрируют, что лица, страдающие эпилепсией, имеют чрезвычайно высокий риск суицидальных тенденций. Поэтому важно в комплексной терапии больных эпилепсией учитывать эти особенности, своевременно выявлять их, корректировать лечение АЭП, а также обязательно использовать различные психосоциальные вмешательства у этих пациентов.

ДАННЫЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И СПОСОБЫ ИХ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

Кузьмин И.И.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

Data of neuropsychiatric research and methods of their statistical processing

Kuzmin I.I.

Введение. Во время клинических исследований оценивают воздействие на пациента того или иного препарата, лечения и прочих практик. Исходя из фенотипа пациентов подразделяют на группы. Например, при введении стандартной дозы психотропного препарата (ПП), наблюдается выраженный лечебный эффект с одной стороны и отсутствие эффекта или выраженные нежелательные побочные явления с другой.

Цель. Для количественных (дискретных и непрерывных) переменных описательная статистика включает: среднее значение, медиану, стандартное отклонение (SD), число действенных наблюдений, доверительные интервалы, первый и третий квартили, минимальное и максимальное значения. Качественные данные представлены в виде частот и процентных долей. Описательная (дескриптивная) статистика должна быть представлена по группам для всех демографических, антропометрических, лабораторных и других исходных характеристик, показателей анамнеза, проводимой терапии, показателей фармакодинамики / фармакокинетики.

Материалы и методы. Дискриминантный анализ, регрессия, метод главных компонент и соответствующие графические методы используются, если применимы, для выявления изучаемых показателей, «разделяющие» сравниваемые группы. Для визуализации данных рекомендуется построение характеристической ROC-кривой. Чем ближе величина площади под ROC-кривой к единице, тем значительней валидность процедуры. Статистические критерии бывают параметрическими и непараметрическими. Параметрические мощнее (легче отвергнуть нулевую гипотезу), но могут быть использованы только тогда, когда данные взяты из общей популяции с нормальным распределением. Для ANOVA или же дисперсионного анализа, должно выполняться

дополнительное важное условие (предположение) об однородности дисперсии. Для проверки этого предположения служит, например, критерий Ливиня. Для выявления статистической значимости различий между группами для изучаемых показателей с применением соответствующих тестов применяют дисперсионный анализ ANOVA. В биологической психиатрии доверительный интервал среднего устанавливают на уровне 95% (1,96 стандартной ошибки, при условии нормальности). При поисковом характере исследования, значимость будет рассматриваться на двустороннем расширенном 10%-ном уровне значимости (выявление тенденции), на двустороннем 5%-ном уровне значимости и с учетом множественных сравнений, где применяется поправки Бонферрони. Известны различные подходы машинного обучения для построения моделей классификации: линейный дискриминантный анализ, наивный байесовский классификатор, метод опорных векторов, градиентный бустинг, случайный лес, метод k-ближайших соседей.

Заключение: необходимо соблюдать подходы к выбору индивидуальных режимов дозирования ПП у пациентов с учетом коррекции этих показателей у наиболее уязвимых популяций (лиц с серьезными сопутствующими заболеваниями, старческого возраста и малолетних детей). Дальнейший прогресс использования статистики в психиатрии лежит на пути методов машинного обучения. Наиболее успешны попытки распознавания и расшифровки нейроимиджинга: изображения отделов мозга, полученных компьютерной томографией и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

**СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ТСН, ПО ПРОГРАММЫ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ПФТ НА РАБОТУ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б., Вукс А.Я., Сорокин М.Ю.

**ФГБУ МНИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, отделение клинической психологии
Санкт-Петербург**

**Comparison of the effects of social skills training, psychoeducational program and isolated
psychopharmacotherapy on the work of psychological adaptation and compensatory
mechanisms in patients with paranoid schizophrenia**

Kudryashova V.Yu., Lutova N.B., Wuks A.Ya., Sorokin M.Yu.

Благотворное влияние психофармакотерапии (ПФТ), а так же важность социальной реабилитации пациентов с шизофренией для достижения наилучшей функциональной ремиссии давно подтверждена внушительным объемом отечественных и зарубежных исследований. Дальнейшее изучение особенностей нарушений адапционно-компенсаторных механизмов (АКМ) процессуальных больных по-прежнему актуально, т.к. позволит расширить понимание предмета и даст новые возможности создания более эффективных интервенций для данной категории больных. На опыте последних десятилетий убедительно доказано положительное влияние комплексного подхода, сочетающего ПФТ и психосоциореабилитационные вмешательства. Наиболее признанными современной наукой методами воздействия в реабилитации душевнобольных являются тренинг социальных навыков (ТСН) и психообразовательные программы (ПО), которые так же включены в международные стандарты помощи психиатрическим пациентам.

Цель исследования – разработка рекомендаций по подбору наиболее эффективных способов коррекции психологических АКМ у больных шизофренией, на основе данных об их особенностях после курса ПФТ и сочетанного лечения ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 129 больных параноидной шизофренией. Прошедшие курс изолированной ПФТ (30 человек) и комплексной терапии ПФТ+ПО (30 человек) и ПФТ+ТСН (39 человек). Тестирование проводилось дважды – на этапе поступления в стационар и/или до начала психокоррекционной программы и на момент выписки и/или завершения участия в групповой работе. При первом срезе пациенты из трех групп имели сопоставимые параметры работы АКМ, без статистических различий. Результаты второго среза представлены в качестве анализируемых данных в исследовании.

Использовались экспериментально-психологические методики: опросник «Уровень субъективного контроля», «Тест смысложизненных ориентаций», опросник «Семантический дифференциал времени», симптоматический опросник «SCL-90». Обработка данных проводилась с помощью SPSS 17.0. Для множественного сравнения средних в трех группах использовался дисперсионный анализ, там, где дисперсии не равны, применялся критерий Краскела-Уоллиса с поправкой Холма-Бонферрони. Различия расценивались как значимые при $p < 0,05$. В описательной статистике в форме $M \pm \sigma$ в качестве показателя разброса использовалась ошибка среднего, в форме IQR межквартильный интервал.

Результаты и обсуждение. Большая интернальность в области здоровья обнаружена у больных, принимавших изолированную ПФТ ($M \pm \sigma$, 5,73+1,98; $p < 0,022$) и участвовавших в ПФТ+ТСН ($M \pm \sigma$, 5,51+2,14; $p < 0,044$), нежели у пациентов из подгруппы ПФТ+ПО ($M \pm \sigma$, 4,30+2,00). Это связано с тем, что ПО, в первую очередь, задействует когнитивную сферу, информируя пациентов о душевных болезнях, при этом в нем нет блока по эмоциональному отреагированию и переработке полученных знаний. Т.о. могут возникать некоторые сложности с претворением этих знаний в актуальное поведение.

При исследовании различий в смысложизненных ориентациях больные из группы ПФТ+ПО обнаруживают большую удовлетворенность процессом ($M \pm \sigma$, 28,00+7,64; $p < 0,014$) и результатами жизни (IQR, 24,50 (22,75÷30,00); $p < 0,019$), так же у них выше показатели по шкале «Локус-контроля Жизнь» (IQR, 29,50 (26,50÷34,00); $p < 0,004$), чем у больных, принимавших изолированную ПФТ ($M \pm \sigma$ 22,10+7,92; IQR, 20,00 (17,75÷25,00) и IQR, 24,00 (20,00÷28,00), соответственно)). Пациенты из группы ПФТ+ТСН занимают промежуточные значения ($M \pm \sigma$, 24,64+9,90; IQR, 22,00 (14,00÷28,00) и IQR, 25,00 (19,00÷33,00), соответственно). Это обусловлено тем, что на ПО занятиях пациенты получают знания о психических расстройствах, что позволяет им составить представление о болезни как о «жизни в ненормальных условиях», согласно Вирхову. Вместе с удовлетворенностью, однако, возрастает и фатализм, выражающийся в том, что жизнь, здоровье и болезнь мало подвластны сознательному контролю.

В восприятии эмоциональной окраски ($M \pm \sigma$, 6,10+6,60; $p < 0,025$) и величины настоящего времени ($M \pm \sigma$, 6,97+4,30; $p < 0,015$) пациенты, проходившие ПФТ+ПО, выявляют большие значения, чем те, кто принимал только ПФТ ($M \pm \sigma$, 0,87+8,97 и 3,43+5,60, соответственно). При этом пациенты из группы ПФТ+ТСН по указанным шкалам занимают срединную позицию ($M \pm \sigma$, 2,62+7,32 и 5,49+4,57, соответственно). В силу наличия в ТСН блока, воздействующего на эмоциональную сферу, у пациентов помимо прочего могут появляться оправданные и понятные переживания грусти от ограничений, которые болезнь накладывает на различные сферы жизни. В связи с этим не возникает воодушевления, которое наблюдается у больных, посещавших ПО программу. В оценке активности (IQR, 6,00 (2,00÷10,00); $p < 0,010$), структурированности ($M \pm \sigma$, 6,00+6,54; $p < 0,004$) и осязаемости прошлого ($M \pm \sigma$, 4,37+4,96; $p < 0,018$) пациенты, получавшие изолированную ПФТ, более оптимистичны, чем больные из подгруппы ПФТ+ТСН (IQR, 2,00 (-5,00÷8,00), $M \pm \sigma$, 0,92+6,12 и 1,31+4,54, соответственно). Больные из группы ПФТ+ПО

показывают промежуточные результаты по данным параметрам (IQR, 3,00 (0,00÷7,25), M+O, 3,80+6,41 и 1,67+4,12, соответственно). Как видно из полученных результатов, после ТСН больные оценивают прошлое менее оптимистично, что может быть связано грустью от осознания своего заболевания, печали после перенесенного психотического эпизода и большей критичностью, так как ТСН задействует не только когнитивную, но и эмоциональную и поведенческие сферы.

При сравнении субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики выявлено, что у больных, получивших комплексное лечение ПФТ+ПО, менее выражено чувство собственной неадекватности в межличностном общении (M+O, 0,54+0,59; $p < 0,035$), чем у больных из группы изолированной ПФТ (M+O, 0,96+0,63). Пациенты из группы ПФТ+ТСН в данном случае занимают промежуточную позицию (M+O, 0,94+0,93). Т.е., после получения информации о психических расстройствах у пациентов с шизофренией уменьшается чувство собственной неадекватности и неполноценности, снижается тенденция к самоосуждению и дискомфорт в межличностном общении. Имея представление о течении и возможных симптомах заболевания, снижается самостигматизация, что несомненно оказывает благоприятный эффект на работу АКМ. Участвовавшие в ПФТ+ПО обнаруживают меньшую выраженность депрессивных переживаний (M+O, 0,59+0,56) и уровень симптоматического дистресса (IQR, 1,19 (1,00÷1,44)), чем принимавшие изолированную ПФТ (M+O, 1,05+0,79; IQR, 1,56 (1,25÷1,79), соответственно, $p < 0,033$) и ПФТ+ТСН (M+O, 1,10+0,98; IQR, 1,52 (1,13÷1,95), соответственно, $p < 0,024$). Это объясняется тем, что получение информации о психических расстройствах способствует восприятию болезненных симптомов как менее тяжелых и пугающих, так как становится меньше неизвестности.

Заключение. У больных из групп ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН выявляется большая удовлетворенность жизнью и ее результатами, чем у получавших только ПФТ. В восприятии психологических характеристик времени больные из группы ПФТ+ПО демонстрируют большую оптимистичность, нежели больные из групп ПФТ и ПФТ+ТСН, что несет в себе не только положительный аспект, но и риски идеализации жизненной ситуации, снижения критичности к своим возможностям и ограничениям. После курса комбинированного лечения ПФТ+ПО снижаются присущие больным шизофренией чувство собственной неадекватности и межличностная сензитивность, становятся менее выраженными депрессивные переживания в сравнении с группами ПФТ и ПФТ+ТСН.

ЗНАЧЕНИЕ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ
Кустов Г.В., Зинчук М.С. Меньшикова А.А., Войнова Н.И., Попова С.Б., Акжигитов Р.Г.,
Аведисова А.А.

ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева
Департамента здравоохранения Москвы
Москва

The impact of different psychological trauma types on the course of suicidal ideation
Kustov G.V., Zinchuk M.S., Menshikova A.A. Voinova N.I., Popova S.B., Akzigitov R.G.,
Avedisova A.S.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения в результате суицида умирает около 700 тысяч человек в год (WHO, 2021). Будучи потенциально предотвратимой причиной смерти, суицид занимает 4 место среди причин смертности среди лиц в возрасте 15–29 лет во всем мире (WHO, 2021). При этом, у 30-80% покончивших с собой человек выявлялись те или иные психические расстройства. Понимание механизмов и факторов

риска развития суицидального поведения является ключевым в создании эффективных программ превенции суицидов.

Согласно современным представлениям, суицидальность представляет собой своего рода континуум от суицидальных мыслей к суицидальной попытке (Klonsky et al., 2021). При этом, лиц с суицидальными мыслями, совершающих на протяжении жизни суицидальную попытку, незначительно (Nock et al., 2008), что диктует необходимость изучения факторов, ассоциированных с переходом от одного звена этого континуума к другому.

Психологические травмы детского возраста являются фактором риска развития психических и соматических заболеваний, в том числе дебютирующих во взрослом возрасте (Putnam, 2003; Briggs-Gowan et al., 2010; Scott et al., 2012). Более того, детская психотравма способствует формированию повышенной уязвимости к стрессу и является независимым предиктором суицидальных попыток как у лиц с психическими расстройствами (Wiebenga et al., 2021), так и в общей популяции (Brezina et al., 2007). По мнению May & Klonsky (2016), травматизация в детстве, способствует формированию «привычки» к травматическим событиям, что в свою очередь снижает интенсивность чувства страха и уменьшает стремление избежать боли при суицидальной попытке.

До настоящего времени сохраняются противоречия в вопросе о степени ассоциации конкретных типов детского стресса с расстройствами суицидального спектра. Целью данной работы явилось изучение влияния различных типов детского стресса на течение суицидальности у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР) и суицидальной идеацией (СИ).

Материалы и методы. В исследование было включено 398 последовательно набранных пациентов с НППР и СИ старше 18 лет, проходивших стационарное лечение в НПЦ им Соловьева ДЗМ. Из исследования исключались пациенты с шизофренией, употреблением алкоголя и психоактивных веществ за месяц до поступления в центр, когнитивными нарушениями и лингво-культуральной некомпетентностью, препятствовавшими пониманию вопросов интервью.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось компетентным в данной области врачом-психиатром, диагноз устанавливался на основании соответствия состояния диагностическим критериям МКБ-10. Наличие и особенности суицидальных мыслей, жестов и попыток в течение жизни выявлялось в ходе структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview - SITBI) (Nock et al., 2007). Для оценки уровня детского стресса использовался русскоязычный вариант Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS) (Sanders & Becker-Laussen, 1995) в адаптации русскоязычной версии Герсамя и соавт. (2015).

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 27.1 (10.2) года, 85.9% респондеров были женщинами. Группа имела следующее распределение по диагнозам: шизотипическое расстройство (F21) - 51 (12.8%); биполярное аффективное расстройство (F31) - 102 (25.6%); депрессивные расстройства (F32/33) - 127 (31.9%); невротические и связанные со стрессом расстройства (F40/41/43/44/45) - 45 (11.3%); обсессивно-компульсивное расстройство (F42) - 6 (1.5%); расстройство пищевого поведения (F50) - 10 (2.5%); расстройства личности (F60/61) - 92 (23,1%). Более одного психиатрического диагноза имели 34 (14.2%) пациента.

Анализ уровня детского стресса выявил очень слабые значимые отрицательные корреляции между возрастом появления первой суицидальной идеации и выраженностью «физического и эмоционального насилия» ($r=-0.22$; $p<0.001$); «сексуального насилия» ($r=-0.19$; $p<0.001$); «пренебрежения и одиночества» ($r=-0.29$; $p<0.001$); «домашней обстановкой» ($r=-0.20$; $p<0.001$) и «наказаний» ($r=-0.13$; $p=0.011$). При этом количество суицидальных мыслей за всю жизнь очень слабо значимо положительно коррелировало с

выраженностью «физического и эмоционального насилия» ($r=0.20$; $p<0.001$); «сексуального насилия» ($r=0.14$; $p=0.007$); «пренебрежения и одиночества» ($r=-0.24$; $p<0.001$) и «неблагополучной домашней обстановкой» ($r=0.20$; $p=0.011$). Значимых корреляций между этим показателем и «наказаниями» получено не было ($r=0.04$; $p=0.48$).

У составлявших суицидальный план пациентов были выявлены значимо большее количество баллов в таких субшкалах CATS как «физическое и эмоционально насилие» (1.75 (0.9) vs 1.48 (0.9): $p=0.003$) и «пренебрежение и одиночество» (2.03 (0.9) vs 1.77 (0.93): $p=0.006$). При этом, между возрастом составления первого суицидального плана, «физическим насилием» ($r=-0.19$; $p<0.001$) и «пренебрежением и одиночеством» ($r=-0.22$; $p<0.001$) были уставлены очень слабые значимые отрицательные корреляции, а между количеством составленных за всю жизнь суицидальных планов и «пренебрежением и одиночеством» ($r=0.16$; $p=0.014$) очень слабые значимые положительные корреляции.

Среди совершавших суицидальные попытки пациентов значимо большие значения выявлялись по таким показателям как «сексуальное насилие» (0.37 (0.6) vs 0.2 (0.43): $p<0.001$) и «пренебрежение и одиночество» (2.1 (0.94) vs 1.77 (0.88): $p<0.001$). Возраст совершения первой суицидальной попытки очень слабо значимо отрицательно коррелировал с выраженностью «физического и эмоционального насилия» ($r=-0.20$; $p<0.001$); «сексуального насилия» ($r=-0.15$; $p=0.044$); «пренебрежения и одиночества» ($r=-0.23$; $p=0.001$), в то время как количество совершенных за всю жизнь суицидальных попыток очень слабо значимо положительно коррелировало с «сексуальным насилием» ($r=-0.15$; $p=0.044$).

В целом наши данные подтверждают выявленную рядом авторов (Wiebengaetal., 2021) связь между выраженностью детской травмы и суицидальными попытками. Наши данные подтверждают значение сексуальной детской травмы в качестве фактора риска перехода от суицидальных мыслей к попытке. Ранее в исследовании, выполненном в методологии «от мыслей-к-действию» (ideation-to-actionframework), BrezoJetal (2007) также выявили связь между переходом от идеации к попытке и фактом сексуальной травматизации (OR 1.2, 95% CI 1.06 1.41). Повышенный суицидальный риск у лиц, переживавших отвержение в детстве, ранее выявлялся в исследованиях проведенных как на клинических (Sarchiaponeetal., 2007; Pompilietal., 2014), так и неклинических выборках (Falgaresetal., 2018). Связь между разработкой суицидального плана и типом детской травмы исследовался редко, однако в исследовании (NCS-R) NationalComorbiditySurveyReplication обобщенный показатель пренебрежения в детстве, включавший разные его подтипы, обнаруживал связь с риском разработки суицидального плана (OR: 2.27, 95 % CI: 1.78–2.91).

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают на связь типа психологической травмы - «пренебрежение и одиночество» и «физическое и эмоциональное насилие», с составлением суицидального плана, а также на зависимость совершения суицидальной попытки от таких характеристик детской травмы как «сексуальное насилие» и «пренебрежение и одиночество». Результаты корреляционного анализа выявили значимые, но слабые связи большинства доменов детской травмы с такими характеристиками как возраст начала и общее количество в течении жизни суицидальных мыслей и попыток.

ПОГРАНИЧНОЕ И НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кулаков С.А.

**Медицинская ассоциация "Центр Бехтерев", отделение аддикций и расстройств
личности**

Санкт-Петербург
Borderline and narcissistic personality disorder in patients with addictive pathology
Kulakov S.

Недавние исследования показали рост пограничного (ПРЛ) и нарциссического расстройств личности (НЛР) как в неклинических, так и в клинических группах (Diamond D., 2021). Кроме того, вполне вероятно, что эти показатели распространенности недооцениваются, так как информанты (члены семьи) более чем в два раза чаще указывают на нарциссическую патологию у своих родственников, а пациенты во время сбора анамнеза маскируют другими сопутствующими расстройствами.

Трудностью установления адекватного клинического диагноза таких пациентов служит и факт отсутствия достаточных знаний пограничной патологии у психиатров и других лиц помогающих профессий, к которым ранее обращались эти пациенты. Отсюда массив назначения психофармакологических препаратов, срывы лечения, «стигматизация». Пациент включает защиту «отрицание» и «вторичную выгоду» симптома, отказываясь лечить зависимость, прикрываясь тем или иным психиатрическим диагнозом.

В отделение аддикций (зависимостей) и расстройств личности пациенты поступают из разных учреждений с такими расстройствами как биполярное расстройство, тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство пищевого поведения, где злоупотребление психоактивными веществами служит «способом самолечения» аффективных состояний и регуляции самооценки. Аддикция понимается как способ (стратегия защиты/совладания) тяжелой нарциссически нарушенной самооценки и самоуважения. Зависимость сохраняет «нарциссический запас», который индивид не в состоянии обеспечить из своих собственных возможностей.

Депрессивные состояния пациентов с НЛР часто имеют четкие характеристики, поскольку они характеризуется пустотой, нигилизмом, ангедонией, отсутствием смысла жизни, а не всепроникающей печалью, виной или озабоченностью чувством никчемности или потери объекта. Наши клинические наблюдения указывают, что депрессивные симптомы у пациентов с НЛР, как правило, провоцируются крахом ожиданий и осознанием разрыва между идеальным и реальным Я. Кроме того, симптомы настроения и тревоги часто пронизаны гневом, стыдом и завистью. У некоторых пациентов с пограничным расстройством личности, однако, может присутствовать сопутствующая патология с биполярным расстройством, и пациент демонстрирует как тяжелую, хроническую аффективную нестабильность, так и явные гипоманиакальные эпизоды. Чтобы установить наличие или отсутствие ПРЛ в этих случаях, полезно оценить общий характер взаимоотношений пациента со значимыми другими. Случаи чистой биполярной симптоматики не проявляют тяжелой патологии объектных отношений в периоды нормального функционирования и даже хронические биполярные больные, страдающие как маниакальными эпизодами, так и крупными депрессивными эпизодами сохраняют способность к глубоким отношениям, стабильность в отношениях с другими людьми и способность адекватно оценивать себя и наиболее значимых людей в своей жизни. Напротив, при тяжелых личностных расстройствах с «синдромом диффузии идентичности» наблюдается выраженная неспособность глубоко оценивать других, недостаточная интеграция понятия Я, выраженные хронические расхождения в оценке себя и других, наличие хронических межличностных конфликтов, наряду с трудностью поддержания стабильных обязательств по отношению к работе и профессии, а также к интимным отношениям.

Отсутствие аффективной стабильности, отсутствие значимых и зрелых отношений с другими людьми, нестабильность в работе или профессии, в любовных отношениях и в

самооценке – это сочетание подтверждает скорее диагноз тяжелого расстройства личности, несмотря на наличие развернутой симптоматики биполярного I, или биполярного II типа расстройства. Терапевтические последствия этой дифференциации заключаются в не в отрицании показаний для психофармакологического лечения стабилизаторами настроения в случае биполярных пациентов, а преобладающей потребности в соответствующем психосоциальном и психотерапевтическом лечении в случае коморбидности с расстройствами личности.

Субъективные чувства страдания могут варьировать от эпизодических ощущений никчемности, пустоты, одиночества и некомпетентности до разрушительных чувств стыда, изоляции, парализующей зависти и подавляющей враждебности к себе или другим – аспектов уязвимых состояний личности, к которым склонны эти люди, особенно перед лицом угрозы самооценке, статусу или контролю.

В международной классификации 11 пересмотра, на которую мы должны переходить в 2022 году представлена дименсиальная оценка расстройств личности по степени тяжести, дано описание пограничного синдрома. Нарциссическое расстройство личности и его диагностика, к сожалению, выпала из этой классификации. В нашей практике дименсиальная оценка НЛР дает возможности обратить внимание как на степень тяжести (невротический уровень, пограничный уровень, «синдром злокачественного нарциссизма»), так и две стороны этого расстройства. «Грандиозная или толстокожая» презентация включает в себя преувеличенное чувство собственной важности, стремление к социальному доминированию и эксплуатации других для достижения своих интересов, а также чувство ярости, когда им угрожают или бросают вызов. Все это явные проявления более скрытых мотивов, таких как фантазии о неограниченном успехе. «Уязвимое или тонкокожее» представление характеризуется повышенной чувствительностью к отвержению и критике, самоуничижением, стыдом, которые часто проявляются в фантазиях. Таким образом, «грандиозность и уязвимость» могут сосуществовать, колебаться или защищаться друг от друга по-разному у пациентов с разными уровнями организации личности и разными характерологическими особенностями.

Особенно сложно оценивать коморбидных пациентов, имеющих несколько расстройств личности в сочетании с аддиктивной патологией. Нередко такие пациенты, завершившие реабилитацию, посещающие группу «12»шагов и не проходящих долгосрочную индивидуальную терапию, демонстрировали признаки поверхностной проработки личностной патологии следующими симптомами: воспоминания о неудаче или об унижении, которые остаются для вас больным местом; неуверенность; уязвимость, зависимость настроения от окружающих; страх или ощущение отверженности; страх быть покинутым; накопление недовольства и гнева, не прямое их влияние на поведение, чередование пассивности и агрессивности; желание быть первым; эгоизм, высокомерие, обесценивание других людей; катастрофические мысли о жизни в будущем, панические атаки по этому поводу; вспышки стыда, чувства вины, угрызений совести. У них часто наблюдались рецидивы аддиктивной патологии.

Вот почему мы 13 лет назад, отказавшись от 12-шаговой модели в стационарных условиях, понимая ограниченную эффективность краткосрочной реабилитации, организовали загородное отделение реабилитации, где пациенты продолжили работать над своими проблемами от 3 до 9 месяцев с акцентом на индивидуальную и групповую психотерапию в условиях терапевтического сообщества. После окончания курса им рекомендовано посещать психолога и «группу 12 шагов».

Диагностические вопросы, связанные с биполярным заболеванием, депрессией, расстройствами личности в сочетании с аддиктивной патологией чрезвычайно важны для клиницистов, чтобы дать соответствующие рекомендации по лечению. Эти вопросы могут

быть решены путем тщательного анализа роли злоупотребления психоактивными веществами, депрессивной симптоматики, наличия и природы суицидального поведения, наличия или отсутствия истинных маниакальных или гипоманиакальных эпизодов, изменения когнитивных функций, нарушение качества межличностных отношений, характеристики личностных расстройств, наличия или отсутствия и типа антисоциального поведения. Адекватная диагностика способствует оптимальному лечению и сокращению количества рецидивов.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, У КОТОРЫХ НАИБОЛЕЕ
ВЕРОЯТНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ**

**Кулебакина С.Ф., Ларина И.А., Старостенко С.И., Волкова Н.Н., Нохрина Т.Н.
ГБУЗ Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница, диспансерное отделение
Ленинск-Кузнецкий**

**Preventive measures aimed at restoring functional disorders in children and adolescents who
are most likely to develop neuropsychic disorders on the basis of GBUZ LKPB.**

Kulebakina S., Larina I.A., Starostenko S.I., Volkova N.N., Noxrina T.N.

Введение: в основу профилактических мер должен быть положен принцип наиболее раннего, систематического и длительного их применения. Факторы, провоцирующие нервно-психические расстройства: неправильное воспитание, раздоры в семье, неспособность освоить свою половую роль, трудные условия обучения, неприятие коллективом и т.д. Особенно опасно для ребенка лишение душевных связей, создающих эмоциональную поддержку, чувство принадлежности и цели в жизни. В таком положении могут оказаться дети, оставшиеся без родителей, отданные в детские учреждения, госпитализированные или сменившие место жительства. Признаки нервно-психических нарушений: боязнь темноты, одиночества, разлуки с родителями и близкими, повышенное внимание к своему здоровью, произвольные тики, мышечные подергивания, тревожные мысли, страхи, энурез, энкопрез, повышенная раздражительность, возбудимость, импульсивность, гиперактивность, плаксивость, социальная дезадаптация, вычернутые увлечения, суицидальные мысли. Все это приводит к нарушениям интеллектуальной, эмоциональной, волевой, психической и поведенческой деятельности.

Цель исследования: коррекция функциональных нарушений у детей и подростков групп высокого риска, у которых наиболее вероятно возникновение нервно-психических нарушений.

Объект исследования: дети и подростки групп высокого риска. Предмет исследования: выявление функциональных нарушений у детей и подростков групп высокого риска.

Задачи:

1. Выявить детей групп высокого риска, наиболее подверженных к нервно-психическим нарушениям.
2. Коррекция выявленных функциональных нарушений у детей групп высокого риска.
3. Советы педагогам и родителям.

Материалы и методы: на базе ГБУЗ ЛКПБ, в коррекции принимало участие с 2012г – по 2020г 245 детей и подростков с детского отделения и амбулаторно- поликлинической службы. Средний возраст составил от 5 до 18 лет. В своей работе медицинские психологи используют психодиагностические и проективные методики (патопсихологические методики Рубинштейн, тест «Люшера», шкалы «Векслера», рисуночные тесты, личностные опросники и т.д.). А для восстановления функциональных нарушений используют

коррекционные методы воздействия на психоэмоциональную сферу (беседы, метод бос-тренинга, медитации и аутотренинга, арт-терапии, музыкотерапии). Все эти методы помогают восстановлению психоэнергетического потенциала, снижению тревоги, напряжения, улучшают психологическое состояние личности ребенка. В процессе коррекции дети учатся выражать свои чувства, потребности, желания. Посредством общения они учатся слушать и понимать друг друга, вести диалог. Вырабатывают навыки саморегуляции, методом дыхательной гимнастики. Рисуночные проективные методики помогают оценить эмоциональное состояние ребенка, а дети, в свою очередь, выражают свои чувства, эмоции, переживания на листе бумаги. Такие методы, как бос-тренинг, аудиокomпозиции, видео-сеансы направлены на аутогенные тренировки, помогают расслабиться, снизить стресс, восстановить сон. В процессе работы улучшается настроение, самочувствие, оказывается мощное воздействие на когнитивные функции.

Результаты и их обсуждения: после проведенной работы прослеживается положительная динамика у всех испытуемых, которые принимали участие в коррекционной работе. У 40% детей снизился уровень тревоги; у 30% детей с органическими нарушениями восстановился сон, улучшились когнитивные функции; у 20% детей с эмоционально-волевыми нарушениями, улучшился фон настроения, они стали более спокойными и усидчивыми. У 10% подростков, у которых были выявлены суицидальные мысли, снизился уровень тревоги, депрессии, астении, они стали активными, проявляли инициативу, их эмоциональное состояние стало стабильным. Они посещали коррекционные занятия 2-3 раза в год.

Вывод: вовремя оказанная помощь детям и подросткам с выявленными функциональными нарушениями снижает риск возникновения нервно-психических расстройств и положительно влияет в дальнейшем на адаптацию в социуме.

Советы педагогам. В коллективе необходимо создать атмосферу товарищеского взаимодействия, дружеского участия, внимания к находившемуся в трудном психологическом состоянии ребенку. Требуется индивидуальный подход к детям с трудным характером, с физическими недостатками, неуспевающими, из конфликтных и неполных семей.

Советы родителям: читать литературу и применять свои знания в общении с ребенком. Проводить совместные игры, вместе больше гулять на свежем воздухе, заниматься спортом. Нужно помогать ребенку в учебе, защищать его интересы и выслушивать его точку зрения. Вокруг ребенка необходимо создавать благоприятные условия для развития его собственной индивидуальности и поддерживать его начинания в любой его деятельности. Чувство эмпатии, любви родителей к своему ребенку вызывает у них доверие, благодаря этому дети чувствуют, что они способны поделиться своими переживаниями и эмоциями. Если соблюдать все эти условия, то ребенок будет расти здоровым и счастливым, который умеет любить и заботиться не только о себе, но и об окружающих его людях.

ОСОБЕННОСТИ АБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лавров Н.В., Лаврова Н.М.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
МЗ РФ, кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии и
фармакоэкономики**

Санкт-Петербург

**Features of habilitation and socialization of children with emotional disorders of the autistic
spectrum**

Lavrov N.V., Lavrova N.M.

Создание благоприятной социальной среды в дошкольных и школьных образовательных учреждениях составляет общую цель психологов, педагогов и родителей, взаимодействующих с учетом рекомендаций психиатров и психотерапевтов. Их усилия, направленные на воспитание социальной культуры обучающихся, консолидируются, если сформулированы общие задачи и принципы взаимодействия. Формирование службы школьной медиации и ее аналога в дошкольных учреждениях позволяет воспользоваться преимуществами медиации в терапевтических и воспитательных целях. Ключевым моментом медиации является в создании общего контекстного поля, способствующего взаимопониманию всех представителей сообщества, включая детей, родителей и специалистов, работающих с детьми. Привлечение медицинских специалистов позволяет использовать методы рациональной фармакопсихотерапии в том случае, когда у детей существуют психические расстройства. Взаимопонимание и общее контекстное поле возникает, если одинаково истолковываются вербальные и невербальные послышки, которыми обмениваются собеседники. Имеется в виду не только совпадение смысла посылок, но также их эмоционального содержания. Эмоциональное рассогласование особенно опасно в проблемных ситуациях, поскольку обостряет и усложняет проблему. Взаимопонимание может нарушаться в условиях позитивных эмоций, если одна из сторон откровенно симпатизирует партнеру по переговорам. Но чаще всего взаимное непонимание наблюдается в условиях негативных эмоций, когда страх и агрессия исключают конструктивное сотрудничество и провоцируют конфронтацию.

Признание того обстоятельства, что именно эмоциональное несоответствие создает барьер, препятствующий коммуникации и провоцирующий конфликты, обусловило обращение внимания исследования на расстройства аутистического спектра с четко выраженными дефектами эмоциональной сферы.

Первым источником сведений о социализации больных аутизмом служат наблюдения за их развитием и поведением. Второй источник – это описание индивидуального опыта, полученного больными в процессе абилитации, когда они самостоятельно и с посторонней поддержкой мобилизуют свои социальные способности. Обращение к первому источнику детализирует признаки патологии. Выявляются очаги поражения в центральной нервной системе, выстраивается представление о нарушенных функциях, и отмечаются ориентиры усилий, направленных на преодоление расстройств. Полученные данные служат основой моделей, исследуемых в экспериментах на животных.

Далее приводится краткое выборочное изложение признаков, наиболее значимых для понимания природы расстройств. По сравнению со здоровыми детьми, социализация больных аутизмом происходит гораздо сложнее. Они характеризуются ригидностью эмоций и отсутствием сознательного контроля эмоций. У больных отмечается прочная защита своей зоны безопасности. Они негативно воспринимают непривычные изменения обстановки. Тесное общение и телесные контакты вызывают у них агрессию. Им крайне трудно встречать чужой внимательный взгляд.

Воспитателю необходимо выявлять детей с эмоциональными расстройствами и учитывать их особенности. Эмоциональность здорового ребенка характеризуется динамичностью эмоций. Причем он способен различать свои эмоции и формулировать отчет о своем состоянии. В частности, он отличает огорчение от страха и агрессии, выделяет радость от симпатии.

О наличии расстройств аутистического спектра свидетельствуют следующие особенности поведения ребенка:

1. при возникновении новой ситуации, пытается укрыться в привычном для него месте;

2. когда в мультфильмах или книжках что-то страшное или трогательное, он отворачивается, просит перестать читать и показывать;
3. избегает контактов с окружающими, предпочитает играть один;
4. плачет при любой, даже мелкой неудаче;
5. часто на всех обижается, не понимает шуток;
6. возражает против присутствия домашних животных;
7. если участвует в игре, требует, чтобы играли по его правилам, очень расстраивается, если проигрывает.

Второй источник сведений относительно развития аутистических расстройств облегчает поиск способов абилитации. Использование социальных сетей расширяет круг сообщений с выраженными мнениями о факторах, влияющих на изменение состояния больных аутизмом, и о способах преодоления негативных жизненных обстоятельств, вызванных заболеванием. Анализ собранного материала показывает, что успех абилитации зависит от степени мотивации больного на преодоление расстройств, а также от уровня профессиональной поддержки при реализации мотивации. Поддержка со стороны психофармакологов предохраняет от проявления симптомов патологии. Тревожность, преследующая больных, снимается посредством анксиолитических препаратов. Психотерапевтическое содействие позволяет отрабатывать навыки управления мимикой и жестами, а также интонацией произносимых слов. Эти навыки закрепляются при взаимодействии с воспитателями, педагогами, а также с родителями, получившими рекомендации от специалистов. Ребенку требуется объяснить, что в жизни папы, мамы, всех родственников и других детей, а также домашних животных есть переживания, которые надо одобрять словами и действиями. Иначе придется с ними враждовать, и нельзя будет получить от них помощь в трудной ситуации. Ребенок должен иметь примеры действия в ситуации эмоционального разлада. Например, отец демонстрирует плохое настроение, а мать в это время с помощью улыбки и слов с доброй интонацией, а также с поглаживанием снимает это настроение, и отец показывает, каким он стал добрым и внимательным.

Абилитация ребенка, страдающего эмоциональным расстройством, сочетается с помощью его родителям. Дело в том, что такие дети, как правило, имеют родителей с подобными свойствами ригидной эмоциональности. Подчеркивается польза эмоциональной открытости, когда члены семьи осведомлены о чувствах друг друга и знают причины переживаний. Обращается внимание членов семьи на контроль эмоциональных проявлений с отработкой их стандартных форм, приемлемых для окружения. Благодаря контролю складывается ситуация, когда членам семьи «выгодно» проявлять эмоциональную открытость, поскольку облегчается взаимопонимание. Затем можно перейти к отработке навыков имитации положительных эмоций с целью снятия напряженности в отношениях.

Ребенок моделирует внешний мир на основе образов, которые он выстраивает в процессе познания и коммуникации с окружающими. Дети с ограниченной эмоциональностью испытывают затруднения в формировании модели мира, состоящей из образов, отражающих воспринимаемые объекты внешнего мира. Обращение к интеллекту таких детей и оптимизация функционального состояния облегчают отработку навыков адаптивного поведения.

АНАЛИЗ АНОНИМНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В 2019 И В 2020 ГОДАХ

Латышева Т.В., Мысливцева А.В.

ГБУЗ Ростовской области "Наркологический диспансер"

Ростов-на-Дону
Analysis of anonymous psychological assistance in 2019 and 2020
Latysheva T.V., Myslivtseva A.V.

Идея Гиппократов о том, что предупредить болезнь лучше, чем лечить, напрямую относится к наркологическим заболеваниям. В работу наркологической службы Ростовской области включены такие направления работы как профилактические лекции для населения, вебинары, массовые акции, выступления на радио и телевидении, ведение социальных сетей, прямые эфиры и пр. Характер такого подхода универсальный: он относится исключительно к первичной профилактике и не учитывает индивидуальные особенности человека.

Если человек сталкивается с какими-то жизненными трудностями, проблемами, то при определенном стечении обстоятельств возникает риск того, что он прибегнет к употреблению каких-либо психоактивных веществ. Обратившись в анонимный кабинет психолога, он сможет получить помощь в разрешении своей уникальной проблемной ситуации.

В анонимном кабинете психолога ведется прием как взрослых, так и детей и подростков. Работа медицинского психолога осуществляется в сотрудничестве с врачами психиатром и психиатром-наркологом. Комплексный подход при этом предполагает диагностику, медикаментозную терапию и психотерапию как в индивидуальном, так и в семейном формате.

Цель – провести сравнительный анализ работы анонимного кабинета медицинского психолога за 2019 и 2020 годы.

Материалы и методы исследования.

Исследование выполнялась на базе Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО НД). В статье представлен сравнительный анализ данных по анонимному приему одного медицинского психолога за 2019 и 2020 годы. В исследовании принимали участие 195 человек: 113 человек в 2019 году и 82 человека – в 2020.

Критерий включения пациентов в исследование - лица, которые обратились за психологической помощью в кабинет психолога. Критерий исключения: в исследовании не учитывались пациенты, состоящие на учете в наркологическом диспансере.

Также проводился сравнительный анализ числа пациентов, прошедших курс индивидуальной психотерапии из 10 и более сессий, и семей, прошедших курс семейной психотерапии из пяти и более сессий.

Возрастной состав обследуемых оказался следующим:

- 57 детей до 10 лет (41 пациент в 2019 году и 16 – в 2020 году);
- 77 подростков до 18 лет (47 пациентов в 2019 году и 30 – в 2020 году);
- 61 взрослый (25 пациент в 2019 году и 36 – в 2020 году).

Результаты. Из всех 113 пациентов, обратившихся за помощью в анонимный кабинет ГБУ РО НД в 2019 году, курс индивидуальной психотерапии из 10 и более сессий прошли 26%. Семейную психотерапию из пяти и более сессий прошли 7 семей.

Снижение числа обращений в 2020 году на 27% по сравнению с 2019 годом (со 113 человек до 82), вероятно, связано с эпидемией коронавирусной инфекции. На период самоизоляции было предложено онлайн-консультирование, тем не менее число пациентов, как посещавших психолога на тот момент, так и вновь обратившихся в это время, значительно снизилось.

При этом процент пациентов, которые пошли в психотерапевтическую работу (прошли курс психотерапии из 10 и более сессий), за весь 2020 год в целом существенно возрос в

сравнении с 2019 и составил 48%. Курс индивидуальной психокоррекции в 2020 году прошли 39 человек, семейной – восемь семей.

В 2019 году обращались со следующими запросами и диагнозами:

- проведение полного психодиагностического обследования – 35% от всех обратившихся;
- зависимость от психоактивных веществ – 22%;
- нарушения поведения и проблемы с воспитанием – 19%;
- синдром дефицита внимания с гиперактивностью – 8%;
- депрессивное расстройство – 10%;
- тревожное расстройство – 4%;
- анорексия – 2%.

В 2020 году обращались в анонимный кабинет психолога по поводу:

- тревожного расстройства – 32%;
- депрессивного расстройства – 25%;
- проведения психодиагностического обследования – 17%;
- зависимость от психоактивных веществ – 8%;
- отношения (супружеские и развод) – 8%;
- нарушения поведения и проблемы с воспитанием – 7%;
- анорексия – 2%;
- биполярное аффективное расстройство – 1%.

Выводы. Сравнительный анализ работы анонимного психологического кабинета при областном наркологическом диспансере г. Ростова-на-Дону за 2019 и 2020 годы показал снижение запросов на психодиагностику и рост числа лиц с запросом на психотерапию. Снижение общего числа обратившихся в 2020 году снизилось по сравнению с 2019 годом, что вероятно связано с периодом самоизоляции и, возможно, неготовностью населения получать психологическую помощь в онлайн-формате.

Существенное увеличение пациентов с тревожным и депрессивным расстройствами в 2020 году по сравнению с 2019 (на 28% и на 15% соответственно) также может быть следствием распространения COVID-19.

Психологическая помощь детям в 2019 году была более востребованной. Возможно, это связано со стремлением родителей по возможности оградить детей от социальных контактов в 2020 году.

Обращает на себя внимание также факт снижения обращений по наркологическому профилю с 22% в 2019 году до 8% в 2020 году.

Работа анонимного кабинета направлена на помощь людям быть психологически здоровыми и счастливыми. А это, мы надеемся, способствует снижению числа наркологических больных.

ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Лиознова Е.В.

ГБДОУ №135, ИМЦ Выборгского района

Санкт-Петербург

Indirect psychocorrection in non-psychotic disorders of preschoolers

LioznovaE.V.

Особенностью дошкольного возраста является сильная связь ребенка со значимыми взрослыми (чаще всего родителями), поэтому помощь ребенку в преодолении непсихотических, не имеющих однозначной органической детерминации расстройств

требует работы со всей семейной системой. Даже если имеется возможность повлиять на симптом посредством работы непосредственно с ребенком, само возникновение нарушения является следствием неоптимальной стратегии поведения значимого взрослого, следовательно подобная стратегия через определенное время с большой вероятностью проявится в другом симптоме.

В связи с этим при возникновении расстройства поведения ребенка не органического генеза одной из важных задач является выявление неоптимальных стратегий поведения взрослых и их коррекция.

Такой подход особенно продуктивен с детьми раннего возраста, у которых недостаточно развита речь и с детьми, находящимися в периоде адаптации к детскому образовательному учреждению, для которых вступление в контакт с чужим взрослым представляет собой дополнительную сложность.

Приведем примеры из нашего опыта психокоррекции, иллюстрирующие эту идею.

Родители девочки обратились к психологу по совету врача с жалобами на «психологический запор». Сбор анамнеза выявил, что в связи с болезнью желудка около года назад у ребенка возник физиологический запор, который был успешно вылечен врачом. В последние полгода, по мнению врача, отсутствует какая-либо патология ЖКТ, препятствующая его нормальной работе. Однако работа желудка не нормализовалась. При психологическом обследовании ребенка было установлено, что его речь, моторика и воображение развиты недостаточно для применения традиционных при психокоррекции фобий методов сказкотерапии, драматизации, рисунка и т. п. Встала задача понять: какие формы поведения родителей приводят к фиксации проблемы. В процессе консультации были найдены более оптимальные стратегии поведения матери и особенно отца, который испытывал раздражение в связи с длительностью проблем у дочери. Коррекция поведения взрослых с получением постоянной обратной связи и поддержки от психолога позволила решить проблему ребенка за несколько недель.

Другой пример связан с симптомом фобии. Хотя страхи у дошкольников встречаются часто - в данном случае, речь идет о мальчике – возникший страх лифта ухудшил качество жизни семьи, поскольку ребенок категорически отказывался использовать лифт, а квартира, в которой жила семья, находилась высоко.

После обращения матери и диагностики ребенка с ним была проведена психокоррекционная работа: ребенок рисовал «лифтового монстра» и защитный костюм от него, придумывал страшные истории взаимодействия с монстром и своей победы в единоборстве, разыгрывал соответствующие драматизации. В результате проделанной работы, со слов мальчика и мамы, страх прошел. Однако через некоторое время вернулся вновь (без каких-либо дополнительных ситуаций, связанных с самой грузоподъемной машиной). Тщательный анализ беседы с матерью ребенка позволил предположить, что именно она неосознанно является индуктором этого страха. Первый фобический эпизод был связан с отцом ребенка, с которым в этот период у матери был конфликт, и она имела вторичную выгоду от проблемы сына. Психокоррекционная работа с матерью позволила ей изменить взгляд на ситуацию и, соответственно, свое поведение в ней. Отсроченная обратная связь показала, что проблема ребенка успешно разрешилась.

Третий случай был связан с нарушением пищевого поведения у девочки. К психологу обратились воспитатели детского сада с тревогой за ребенка, который отказывался брать в рот какую-либо пищу в течение полного дня в ДОУ (пила лишь воду). Наблюдение за ребенком подтвердило рассказ педагогов. Выяснилось, что девочка недавно ходит в садик и практически ни с кем не общается. Психологу удалось вступить в контакт с ребенком, но полученная информация была скудна. Ясно было лишь, что девочка проходит адаптацию, но не было понятно: она ли является причиной нарушения пищевого поведения. В ходе

беседы с мамой установлено, что ребенок и дома ведет себя неадекватно в процессе приема пищи: отказывается есть в чем-либо присутствии, проявляет повышенную избирательность в отношении состава и сервировки пищи. Однако других нарушений в поведении девочки (с учетом периода адаптации), которые могли бы натолкнуть, например, на идею РАС или какой-либо органической патологии, отмечено не было. Хотя психолог держал в голове рекомендацию обратиться к врачу, для начала была осуществлена психокоррекция поведения мамы во время кормления. Отсроченное наблюдение и обратная связь от мамы подтвердили эффективность выбранного пути.

Таким образом наш опыт (рассмотренных и некоторых других примеров) показывает, что опосредованная психокоррекция через значимого взрослого при непсихотических расстройствах поведения является эффективным методом преодоления проблем в работе с дошкольниками.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИКАТОРОВ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Липская А.А. Гарданова Ж.Р.

**Федеральное государственное учреждение высшего образования «Российский
национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» РФ
Москва**

Empirical study of indicators of sexual impairment in women with infertility

Lipskaya A.A., Gardanova Z. R.

В статье представлены результаты пилотажного исследования индикаторов нарушения сексуальности у женщин с бесплодием. В исследовании приняло участие двадцать женщин, имеющих бесплодие и характеризующихся нарушениями сексуального плана. Определены специфические особенности психологического состояния у женщин с бесплодием.

Введение. Вопросы исследования психологические особенности женщин с бесплодием все больше привлекают внимание исследователей. Бесплодие в той или иной степени затрагивает не менее 15% семей во всем мире, оно имеет серьезные как социальные, так и психологические последствия. В настоящее время на 100 тыс. женщин приходится в среднем 273,8 случаев бесплодия [1]. Бесплодие оказывает существенное влияние на качество жизни, на психологический статус женщин в браке, оказывает влияние на супружеские отношения в целом, что порождает закономерный интерес исследователей к данной проблеме.

Вместе с тем, можно говорить об отсутствии достаточного объема релевантных публикаций по проблеме индикаторов нарушения сексуальности у женщин с бесплодием. Отмечается, что существуют особенности сексуальных дисфункций в семьях с бесплодием [4, 6]. Наиболее часто выделяемыми индикаторами нарушений в сексуальной сфере рассматривают повышенную тревожность, сниженную самооценку, депрессивные симптомы [2, 3, 5]. W. Zhuoran и коллегами в качестве индикатора нарушений сексуальности у женщин с бесплодием рассматривается негативное восприятие собственной гендерной идентичности [8]. Также имеются данные о том, что в качестве возможных поведенческих индикаторов нарушений сексуальности у женщин с бесплодием выступают нарушения сна, склонность к аддиктивному поведению [7]. Следует отметить, что в настоящее время отсутствуют исследования в отечественной науке по проблеме психологических индикаторов нарушений сексуальности у женщин с бесплодием.

Методология. Исследование носит характер констатирующего и предполагает осуществление анализа результатов диагностики двадцати женщин с бесплодием. Базой исследования выступает Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова. Выборка исследования формировалась методом сплошного отбора и включала женщин в возрасте от 25 до 45 лет. Для диагностики были использованы: «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина», «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии HADS», а также «Тест-опросник удовлетворенностью браком (В. В. Столин, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко).

Результаты. В ходе проведенного эмпирического исследования было установлено, что существуют особенности психологического статуса у женщин с бесплодием. Было выявлено, что большинства участников исследования (50%) характеризуются повышенным уровнем личностной тревожности. Умеренный уровень личностной тревожности диагностируется у 30% участников исследования, тогда как низкий уровень личностной тревожности выявлен у 20% женщин. Данные обстоятельства позволяют говорить о том, что доля женщин с повышенным уровнем личностной тревожности существенно выше, чем доля лиц с низким и средним уровнем личностной тревожности, что указывает на наличие определенных дезадаптационных процессов.

Диагностика особенностей депрессивной симптоматики и уровня тревоги позволила заключить, что для женщин с бесплодием характерным является наличие выраженной депрессивной симптоматики, 20% женщин имеют симптомы клинически выраженной тревоги/депрессии, тогда как субклинически выраженную тревогу/депрессию имеют 40% женщин. У 40% отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги и депрессии.

Характеризуя результаты диагностики особенностей удовлетворенности браком, можно отметить, что для большинства участников исследования характерным является негативная оценка брачных отношений: 40% участников имеют полную неудовлетворённость, значительную неудовлетворённость браком имеют 15% участников, что в сумме превышает половину выборки.

Заключение. Таким образом, результаты исследования позволяют говорить о наличии выраженных неблагоприятных тенденций в выборке женщин с бесплодием, что выражается в преобладании в группе женщин с выраженной личностной тревожностью, выраженной депрессивной симптоматикой, а также имеющих низкий уровень удовлетворённости браком. Полученные результаты соотносимы имеющимися в современной зарубежной психологии данными относительно особенностей психологического состояния женщин с бесплодием, что не противоречит данным других исследователей [4]. Соответственно, можно говорить о том, что в качестве индикаторов нарушений сексуальности у женщин с бесплодием может рассматриваться повышенный уровень личностной тревожности, депрессия, а также низкий уровень удовлетворённости браком.

Полученные в ходе исследования данные указывают на сложность и многоаспектность проблемы индикаторов нарушений сексуальности у женщин с бесплодием, она связана не только с субъективными, личностными факторами переживания факта бесплодия, но также и со специфическими особенностями семейных отношений в супружеской паре. Данная проблема требует дальнейших исследований и комплексного анализа.

ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗОВ И ПРОЕКЦИЙ НА БАЛИНТОВСКИХ ГРУППАХ

Лисовский О.В., Винокур В.А., Лисица И.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кафедра общей медицинской практики

Санкт-Петербург
Building of the images and projections on Balinths groups
Lisovskii O.V., Vinokur V.A., Lisitsa I.A.

Принципы работы и технологии балинтовских групп являются эффективным методом, помогающим психотерапевтам повысить степень осознанности своих взаимоотношений и факторы, осложняющие коммуникацию, снизить свою эмоциональную напряженность в работе с трудным пациентом и улучшить эффективность самой врачебной и консультативной работы.

Каждый участник балинтовской группы может быть активным или пассивным на протяжении всех встреч. Во время описания процесса индивидуальной психотерапии на группе происходит формирование конкретных чувств и эмоций, которые появляются и претерпевают изменения в ходе повествования у каждого участника.

Цель исследования. Определить тенденции формирования образов и проекций в ходе балинтовской супервизии.

Материалы и методы. Балинтовские группы позволяют специалистам, оказывающим психологическое консультирование или психотерапию, выявить «слепые зоны» или процессы, протекающие параллельно у клиента и психотерапевта. Супервизия в группе позволяет рассмотреть проблемы коммуникации с клиентом в ходе нарратива с помощью чувств и формирующихся отношений коллег. В ряде случаев среди участников этого единого процесса распределяются роли, которые могут повторять происходящее индивидуальных встреч. Такие эмоции могут передаваться и к пациенту (клиенту) и к терапевту (психологу или психотерапевту). Это распределение переживаний может носить двойственный характер и переноситься от ощущений терапевта к отношению к пациенту.

Общие на первый взгляд проблемы распределяют конкретные роли участникам группы и во многих случаях участники ощущают себя либо как пациент и далее отражают реакции на действия или приемы психотерапевта либо как терапевт, занимая принимающее отношение к терапии либо подчеркивая внутри себя ее недостатки.

Результаты и их обсуждение. Воспроизведение процесса индивидуальных встреч в балинтовской группе позволяет услышать историю, выявить невербальные проявления психотерапевта или вегетативные реакции. Нарратив затрагивает и конкретные индивидуальные переживания среди участников, что, формирует проекции своих глубинных проблем и, в дальнейшем, помогает каждому участнику понять предложенный случай под своим острым углом. Эмоциональные переживания, описанные в конкретной истории, могут быть незнакомы для кого-то из участников. Тогда возникает определенная скрытая критика клиента психотерапии и участник реагирует на все происходящее от лица только терапевта.

Оба эти процесса, в ходе изложения истории расставляют роли для участников таким образом, что индивидуальная психотерапия в том, удаленном кабинете воссоздается в группе.

Это позволяет преумножить образы клиентов и терапевтов. Причем, сторонников пациента, как правило, меньше. Это, позволяет более детально рассмотреть реакции и проекции терапевта. Следует отметить, что роль ведущего не ограничивается контролем регламента встречи. Важен своевременный анализ процессов в группе, выделение акцентов. При формировании образов необходимо исключать формирование «веерных реакций» на мнение коллег к возникающим переживаниям участников, предполагающих возможную точку зрения.

Не стоит забывать, что при устойчивых взаимоотношениях в группе могут появляться и внутренние проекции между участниками, что, в свою очередь, должно быть

своевременно выявлено ведущим группы и его взгляд со стороны помогает избежать формирования групповых взаимоотношений и искажений основных задач балинтовской группы. Таким образом, на примере конкретной встречи в группе образы пациентов и терапевтов-психологов преумножаются. В данном распределении ролей, параллельные истории одного и того же события помогают наблюдать за процессом со стороны и приобретать новые эмоциональные процессы индивидуальной встречи. Все переживания и реакции участников группы являются аналогичными тем переживаниям, которые могут происходить при индивидуальной психотерапии. Подобные образы в группе на протяжении всего обсуждения формируют устойчивые взгляды на коммуникацию врача и пациента. Однако они могут и меняться до противоположных взглядов. Так психологические особенности участников группы позволяют наблюдать изменяющийся взгляд как на врача так и на пациента.

Заключение. Появление реакций, мнений или отношений с тенденцией накопления от одного психотерапевта к другому, могут получить прогрессивную динамику заблуждений в группе и формировать критический или поддерживающий взгляд на проблемы взаимоотношений психотерапевта и клиента. Появление таких «веерных реакций» накладывается друг на друга и приводит к эмоциональным переживаниям, увеличению напряжения, тревоги, вегетативным реакциям у участников дискуссии и вспышкам агрессии на своих коллег. Такие реакции, несомненно, своевременно распознаются ведущим, но их последствия, в ряде случаев, контрастно выражают суть индивидуальных встреч и конкретные точки соприкосновения в кабинете психотерапевта.

Выводы.

1. Формирование образов и проекций в балинтовской группе позволяет рассмотреть тенденции отношений и особенности психотерапевтических подходов.
2. Каскадные «веерные реакции» на эмоции и чувства в группе способны удалить участников от первичного нарратива и определяют необходимость своевременного участия ведущего.
3. Наглядные процессы, образованные в дискуссиях между участниками, позволяют увидеть ведущие механизмы защиты, возникающие при коммуникации на индивидуальных встречах врача и пациента.

ВЫЯВЛЕНИЕ РЕСУРСНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Ломакина Г.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Краснодар

Identification of resource capabilities of elderly patients with neurotic disorders.

Lomakina G.V.

Введение. Ухудшение здоровья населения с возрастом и под влиянием социально-экономических факторов находится в поле зрения геронтологов, медицинских и социальных работников, а также психиатров. Пенсионная реформа, сдвинувшая пенсионный возраст на более поздний срок, обострила и без того болезненную проблему сохранения трудоспособности в позднем возрасте (Т.Н. Березина, 2019). Социально-экономические показатели свидетельствуют о том, что большинство

пенсионеров в нашей стране продолжают работать. Среди психических заболеваний позднего возраста преобладают нарушения непсихотического уровня (Ю.И. Полищук, 2016), среди которых самой распространенной формой являются невротические расстройства (НР) (С.С. Одарченко, В.Я. Семке, Т.И. Иванова, 2008).

Цель исследования: оценка совокупности клинико-социальных и психопатологических характеристик пациенток пенсионного возраста, оставивших трудовую деятельность в сравнении с продолжающими работать, что позволило бы в перспективе сформировать группы для проведения лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Участвовало 200 женщин, пролеченных в отделении невротических психиатрической клиники. Диагноз: «смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22 по МКБ-10). В выборке 106 пациенток не работали и 94 продолжали трудиться.

Использован метод анкетирования и психопатологические методики: «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (авторы – К.К. Яхин, Д.М. Менделевич); диагностика мотивационной структуры личности (В.Э. Мильман); психологическая диагностика индекса жизненного стиля (изучение механизмов психологической защиты – Life style index – LSI); диагностика копинг-стратегий, предложенная Е. Heim; определение стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; Торонтская Алекситимическая Шкала; психогеометрический тест С. Деллингер (как проективный метод, способствующий установлению контакта), метод «Незаконченные предложения» (тест Сакса-Леви).

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании женщин с высшим образованием оказалось на 24% больше в группе работающих. Учитывая защитные и профилактические функции высшего образования, мы считаем этот фактор одним из ресурсных возможностей, на который следует опираться в реализации персонифицированного подхода к лечению пациенток.

Анализ результатов психопатологических исследований показал, что пациенток выборки можно разделить по сохранности ресурсных возможностей на три подгруппы. Разделение происходило по следующим направлениям:

- по уровню стрессоустойчивости, так как относительно сохраненный уровень свидетельствует о достаточных ресурсных возможностях, пограничный - об умеренном снижении адаптационного потенциала, низкая - стрессоустойчивость показатель необходимости активного восстановления адаптационного потенциала; по способам борьбы со стрессом в виде адаптивных, относительно адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий совладания со стрессовой ситуацией;
- по показателям шкал Опросника невротизации: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения, которые диагностируют состояние относительно сохранной психической адаптации, неустойчивой психической адаптации или дезадаптации;
- по преобладающим видам механизмов психологической защиты: протективным (примитивные, незрелые, более простые), их цель - не допустить информацию в сознание (расщепление, проекция, отрицание, вытеснение, идентификация, идеализация и др.), или дефинзивным, более зрелым, допускающим информацию в сознание, но искажающим ее (сублимация, рационализация и др.);
- по преобладанию в мотивационной структуре личности общежитетской или рабочей направленности;
- по уровню алекситимического потенциала, который требует/не требует обучения вербализации эмоций.

При этом ни возраст, ни принадлежность к работающей или не работающей категории решающего значения не имели. То есть, различия касались выраженности установленных нарушений и сохранности ресурсных возможностей.

В ходе исследования при оценке невротических состояний по результатам психопатологических исследований, с учетом анамнеза и данных клинично-лабораторных исследований, нами были выделены следующие подгруппы: Первая подгруппа – пациентки, отличающиеся крайним истощением ресурсных возможностей за счет низкой стрессоустойчивости, непродуктивного копинга, высокого уровня алекситимии. Для этой группы характерны невротические нарушения по всем 6 шкалам невротизации: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения. По частоте использования механизмов психологической защиты на первом месте стоит компенсация, что говорит о депрессивной симптоматике, присущей НР. На последнем – проекция. На втором и третьем месте находится замещение и рационализация.

Вторая подгруппа – пациентки, отличающиеся относительно низкой сохранностью ресурсных возможностей за счет пороговой стрессоустойчивости, относительно продуктивного копинга, риском по развитию алекситимии. Они имели невротические нарушения по 3-4 шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты также на первом месте стоит компенсация, на последнем – проекция. На втором и третьем месте фиксируется рационализация и вытеснение. Третья подгруппа – пациентки, отличающиеся относительно умеренной сохранностью ресурсных возможностей по показателям стрессоустойчивости, продуктивного копинга и отсутствием алекситимии. Имели место невротические нарушения по 1-3 шкалам: тревоги, невротической депрессии или астении и вегетативных нарушений. По частоте использования механизмов психологической защиты первое место занимала также компенсация, последнее – проекция. На втором и третьем месте фиксировалась гиперкомпенсация (реактивные образования) и вытеснение.

Диагностика мотивационной структуры личности выявила преобладание общежитетской направленности в 1 и 2 подгруппах испытуемых и некоторое преобладание рабочей направленности в 3 подгруппе.

Диагностика системы отношений и жизненных ценностей выявила области отношений, отличающихся наибольшей степенью нарушений в 1 подгруппе: серьезные расстройства в системе отношений к отцу, матери, себе, наличие нереализованных возможностей, страх перед будущим, негативное отношение к прошлому, чувство вины, множество иррациональных страхов.

Во 2 подгруппе наблюдалась преимущественная амбивалентная и безразличная эмоциональная оценка основных систем отношений. Серьезные нарушения наблюдались в области чувства вины и отношения к семье и родным. В 3 подгруппе выявлено наличие страхов, чувства вины и отсутствие ярко выраженных проблем в области других ценностей.

Основным методом лечения невротозов остается психотерапия. Б.Д. Карвасарский (1990) специфичным в использовании психотерапевтических программ считает принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как не востребуемые функции угасают. В целом определяет характер психотерапевтического воздействия и конкретный выбор применяемых психотерапевтических методов и приёмов особенности личности пожилого и его стратегия адаптации к возрастному фактору.

Заключение.

1. Представленное исследование проведено в рамках задач по разработке основных лечебно-психотерапевтических мер в зависимости от сохранности адаптационных ресурсов пациенток.
2. Восстановление здоровья в процессе терапии имело целью и восстановление трудоспособности, которое касается не только пациенток, продолжающих работать в той или иной организации, но и официально оставивших трудовую деятельность, однако продолжающих выполнять трудовые функции в семье, по месту проживания, лечения и т. д.
3. Выявление ресурсных возможностей и личностных особенностей пациенток, страдающих НР, необходимо для определения мишеней психотерапии и индивидуализации медикаментозной интервенции.

АЛЕКСИТИМИЯ У ЛЮДЕЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Мальцева И.А., Малышко Е.В.

ГБУЗ Ростовской области «Наркологический диспансер»

Ростов-на-Дону

Alexithymia in people with alcohol and drug addiction

Maltseva I.A., Malysheko E.V.

В настоящее время алкоголизм и наркомания рассматриваются в рамках концепции мультифакторного заболевания: Био-, Психо-, Социо-, Духовный.

На биологическом уровне вылечить алкоголизм и наркоманию невозможно (восстановить контроль над употреблением), но эти болезни можно остановить. Остановить можно единственным способом – отказаться от алкоголя и наркотиков раз и навсегда. Однако бросить употребление ПАВ недостаточно, важно восстановиться на других трех уровнях (Психо-, Социо-, Духовном). Для этого важно преодолеть анозогнозию у пациента, сформировать критику, принятие болезни. Помочь пациенту осознать причины, которые привели к болезни и проработать. Так, например, если на 1 стадии заболевания человек принимает дозы, для решения психологических проблем и задач, то по мере прогрессирования болезни на 2 стадии психологические проблемы появляются вследствие употребления. ПАВ, встроившись в систему психологической регуляции, не только ее разрушает, но и начинает создавать психологические проблемы, меняя психику человека. Чтобы причины проработать эффективно, нужна психологическая помощь и поддержка.

Возникновению болезни способствуют различные факторы: как внешние, так и внутренние. Одним из таких факторов риска в формировании психологической зависимости от ПАВ является алекситимия.

Алекситимия характеризуется не способностью говорить о своих эмоциях, вербализации, их идентификации и рефлексии. Впервые этот термин ввел американский психиатр Сифнеос. Он построил название из трех слов: а - none, lexis – слово, thymos – эмоция.

Причиной возникновения алекситимии у пациентов с зависимостью могут быть: дисфункциональные отношения в семье; эмоциональные конфликты с раннего детства; нарушения социализации. В зрелой семье отношения строятся на взаимоуважении, принятии, любви. Родители видят в ребенке личность, уважают его потребности и желание иметь личные границы, позволяют ему выражать свои эмоции. Эмоциональный словарь ребенка формируется с детства, благодаря общению в семье. В незрелых семьях ребенку запрещают испытывать и проявлять определенные эмоции. В таком случае ребенок лишается возможностей понимать себя, свои эмоции и внутреннее состояние. С момента

рождения у ребенка есть 4 «истинные» эмоции – злость, страх, печаль, радость. Когда маленький ребенок уписался, он чувствует грусть, начинает плакать. Если мама не подходит, ребенок начинает злиться и кричать. Если мама не подает голос, долго не подходит, ребенок испытывает страх: «Я один в мире и беззащитен».

«Истинные» эмоции выполняют важные функции в жизни. Злость – помогает защищать свои границы, страх – помогает быть готовым к опасностям и неприятностям, печаль – формирует способность приобретать опыт и проживать его, радость – способность отдыхать.

В процессе личностного развития злость перерастает в уверенность, страх в интерес, печаль в принятие, радость в любовь. В том случае, если в детстве истинные эмоции запрещались родителями, ребенок научился подавлять или отрицать эти эмоции. Запрещенные подавленные эмоции проявляются во взрослой жизни в другом виде: злость в раздражении, страх в тревожности, печаль в депрессивности, радость в эйфории.

Таким образом, формируется алекситимический тип личности. Людям с алекситимическим типом личности сложно улучшать качество жизни из-за низкого уровня адаптации к новым ситуациям, в коллективе и семье. Поэтому человек начинает употреблять алкоголь или наркотики, которые дают иллюзию облегчения душевного состояния. Из-за слабо развитой способности к рефлексии, зависимый не понимает закономерностей собственных чувств. Его энергия направлена во внешний мир, внутреннюю духовную жизнь ему сложно выстраивать. Алекситимик может описать ситуацию, а свое отношение к ней описать ему сложно. Трудности в распознавании и описании собственных чувств сосуществуют с дефицитом способности распознавать чужие эмоции. Поэтому зависимому сложно проявлять сочувствие, он боится своих и чужих эмоций. Вместо того, чтобы поддержать близкого, зависимый предпочитает молча ретироваться. Такой человек в семье и социуме воспринимается, как эмоционально холодный, не проявляющий интереса к потребностям близких. В ответ на игнорирование и черствость созависимые реагирует претензиями и манипуляциями, что только ухудшает коммуникацию и отношения в семье.

Цель исследования: изучение алекситимии у пациентов с химической зависимостью.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» в стационарном отделении.

Нами было проведено психологическое обследование пациентов, находящихся на лечении и реабилитации в стационарном отделении. Критерии включения: пациенты с химической зависимостью (алкоголь, наркотики), в том числе находящиеся в воздержании от употребления ПАВ от одного до трех месяцев. Средний возраст пациентов $32,2 \pm 4$. Пациенты с сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями также были включены в данное исследование.

Мы использовали методику: Торонтский алекситимический тест (TAS).

Результаты и их обсуждение: в ходе клинического исследования было выявлено, что из 43 пациентов у 34 пациентов (79%) был выявлен алекситимический тип личности, а 9 пациентов (21%) имеют склонность к алекситимическому типу личности (группа риска). Не алекситимического типа личности среди пациентов на момент обследования не выявлено.

Заключение: у пациентов с химической зависимостью преобладает алекситимический тип личности. Пациенты, находящиеся в группе риска, имеют трудности в выражении своих эмоций, вербализации, их идентификации и рефлексии. Алекситимия достоверно влияет негативным образом на процесс выздоровления и адаптацию в социуме. С целью достижения стойких качественных ремиссий нами проводится тренинг: Эмоциональная зрелость и наши пациенты достигают ремиссии от 6 месяцев и более.

Пример тем программы тренинга: Эмоциональная зрелость

I блок. Эмоции в жизни человека

Темы блока:

1. Понятие эмоций. Отличие эмоций от чувств.
2. Виды эмоций: положительные, отрицательные и нейтральные.
3. Процесс эмоционального переживания Три этапа: оценочный, деятельностный, тонусный.
4. Способы проживания эмоций: разрушающие и деятельностные.

Основная задача этого блока: знакомство с видами эмоций, формирование понимание своих эмоций и состояния.

Применяемые упражнения: Передай эмоцию; Слушаем звуки; Самооценка эмоциональных состояний с помощью методики «Градусник».

II блок. Эмоциональная зрелость.

Темы блока:

1. Понятие валидации и самовалидации.
2. Понятие контейнирование.

Основная задача этого блока: формирование эмоциональной зрелости по отношению к себе и другим.

Формирование способности включает:

- способность различать эмоции свои и других;
- развитие способности брать ответственность за свои эмоции (присваивать эмоцию себе);
- способность регулировать эмоциональное состояние.
- распознавать чувства других людей;
- разделять свои и чужие чувства;
- уметь сочувствовать другим; осознавать, как свои эмоции влияют на других.

III блок. Шантажные эмоции.

Темы блока:

1. Понятие шантажных эмоций.
2. Как подавленные истинные эмоции проявляются на данном этапе выздоровления.
3. Какие виды деструктивного поведения используются зависимым для переживания истинных эмоций.

Задачи этого блока:

1. Осознание каких взрослых проявлений истинных эмоций (уверенности, интереса, принятия, любви) не хватает на данном этапе выздоровления. Пациенты приводят конкретные примеры ситуаций, когда им не хватает этих эмоций (по три на каждую запрещенную истинную эмоцию). Чем это мешает им в жизни.
2. Осознание как подавленные истинные эмоции проявляются на данном этапе выздоровления (раздражительность, тревожность, депрессивность, эйфория). Пациенты приводят конкретные примеры. Формирование понимания, как это мешает вам в жизни.
3. Понимание какие виды деструктивного поведения пациенты используют для переживания истинных эмоций (привести по несколько примеров). Чем эти поведения для вредны.

КУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОНЛАЙН КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Маргошина И.Ю., Ружинских А.Г.

**ФГБОУ ВО СЗГМУ им И.И. Мечникова, СПбГУЗ «Городская психиатрическая больница
№7 имени академика И.П. Павлова».**
Санкт-Петербург

Cultural determinants of online counseling
Margoshina I.Y., Ruzhinskikh A.G.

В настоящее время, в связи с развитием технологий, кризисной ситуацией COVID-эпидемией, онлайн консультирование, как помощь специалисту клиенту посредством Интернет, стала неотъемлемым элементом в практиках психотерапии.

Необходимость такой практики детерминирована самим дискурсом современной постмодернистской культуры. Так, для нее характерны следующие черты: отказ от единой реальности, от истинности отражения реальности человеческими органами чувств. Такая релятивистская позиция дает понимание того, что мир многомерен, мозаичен, эклектичен. Здесь киберреальность в консультационном пространстве позволяет личности иметь множественные вариации коммуникативного взаимодействия. Такое общение в виртуальном мире обогащается « за счет исследований особенностей синхронного и асинхронного общения, специфики полилогов (таких, как групповой чат) в отличие от диалогов (и тем более монологов), характерных речевых и стилевых особенностей мобильной связи — и устноречевой, и письменной, и включающей обмен изображениями, особенностей делового или личностного общения на иностранных языках в условиях ограниченного владения такими языками, особенностей протекания таких фундаментальных сторон процесса общения, как коммуникация, интеракция и социальная перцепция (т.е. особенности восприятия других людей) посредством электронной переписки, рассылкой фотографий и т.д.».

Культура постмодерна определена идеологией удобства, прагматичности. Онлайн консультирование здесь также имеет черту удобства. Ведь время контакта, доступа до значимой информации или до встречи с консультантом здесь быстрее, чем это происходит в реальном времени.

Постмодернистская концепция децентрации субъекта, включение его множественные идентичности в спектре различных отношений, порождает и тенденцию к анонимности. «Я» индивида может спрятаться за любой из «аватарок»- пользовательских картинок («персон» по К.Г.Юнгу своих идентичностей). Это создало возможность для получения психотерапевтической помощи тем людям, которые пожелали остаться анонимами, и онлайн консультирование оказалось наиболее предпочитаемым для них пространством. Постмодернистское время предполагает быстроту получения помощи в реалии настоящего времени и в реалии быстрой доступности: «Время больше не объективно, не универсально, но субъективно и специфично, это «собственное» время наблюдателя , существующее только «сейчас». Не имея географических и временных границ, эпоха постмодернизма дает возможность выхода в другие культуры и субкультуры. Онлайн консультирование также предполагает эклектику разных психотерапевтических направлений помощи, а также некую эклектику клиентов разных культур. Ведь не надо добираться до терапевта в другой населенный пункт (город, страна), если есть быстро достигаемое место контакта в киберпространстве.

Культура постмодерна определила появление постмодернистской фигуры, которая воплощается в образе «яппи– молодого горожанина-профессионала, преуспевающего представителя среднего слоя, лишённого комплексов, принимающего удобства современной цивилизации.

Общение онлайн консультировании, определено системой интернет-дискурса и такими его чертами как динамичность и процессуальность, коммуникативность, персонифицированность, ситуативная обусловленность, коннотативность. Также и в постмодерне: реальность мира неустойчива, динамична, нет одной истины, есть ее множественные интерпретации и коннотации смыслов.

Анонимность, неполная представленность, право на смену различных персон, масок-тоже характеристика постмодерна. Что воплощается в таком феномене онлайн консультирования как анонимность.

Кроме того, отмечаются такие явления как коммуникативная близость собеседников, где реальное физическое пространство не имеет значения.

Также этой среде свойственна автоматизация, возможность использования технологий баз данных, мультимедийность, временная и пространственная независимость, добровольностью и желаемостью контактов.

Меновщиков В.Ю., анализируя исследования в области интернет общения отмечает, что анонимность психологически освобождает пользователя от необходимости подлинной самопрезентации, т.е. соответствия в процессе коммуникации своему реальному «Я», и тем самым открывает возможность для исследования альтернативных самопрезентаций.

Идентичность в интернет-пространстве детерминирована многими причинами: компенсация ограниченности ролей в социальной реальности, уход социальных нормативов, наличие нового социального опыта, удовлетворение фрустрированных потребностей. Такой фактор может быть весьма полезен в рамках онлайн консультирования, которое позволяет клиенту исследовать компенсаторные возможности своей киберидентичности, а также иметь безопасно дистантное общение с консультантом.

Все это может снижать психологический и социальный риск для тех людей, которым трудно выходить на контакт в качестве клиента с жалобами на психическое здоровье. И на сегодняшний день факт стигматизации психической ненормальности не ушел в историю.

Разнообразный инструментарий самопрезентаций в культуре постмодерна, с ее тенденцией к эклектике разных жанров также отражен в онлайн консультировании. Например, это проявляется в использовании разнообразных способов сетевой коммуникации (ICQ, e-mail, чат, форум и др.) и самопрезентации (самоописание, анкеты, собственные интернет-странички и т.д.).

Онлайн консультирование фокусирует внимание на особенностях интернет-языка, который, в системе постмодернистского нарративного подхода, дает возможность клиенту изменить или переописать «карту своего мира», сконструировать для себя новую социальную реальность.

Пространства языка и смысла онлайн консультирования предполагает создание особой «психотерапевтической мифологии», которая образует для клиента систему психологических знаний, иллюстрирующих его проблематику, а также путь выхода из лабиринтов трудностей.

Таким образом, методология онлайн консультирования соотносится с духом современной культуры, которая носит коллаборационистский характер. Так и онлайн консультирование, используя синтез, эффективную интеграцию разных направлений и методов в ситуации; представляет клиенту возможность перезаписи наиболее адаптивной практики решения проблемы, возможность выбора той идентичности, которая в такой практике наилучшим образом раскрывается в поле ресурсности и личностной активности клиента.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ, НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ

¹Марков А.В., ²Курасов Е.С., ²Шамрей В.К., ³Фокин А.С.

**¹ ООО «АВА-ПЕТЕР» ² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО
РФ ³ Благотворительный фонд «Диакония»
Санкт-Петербург**

Quality of life and social adaptation of patients taking synthetic cathinones at the stage of remission

Markov A.V., Kurasov E. S., Shamrey V. K., Fokin A. S..

Прием любого психоактивного вещества приводит к изменению личностных качеств людей, нарушает их социальную адаптацию и меняет качество жизни. А ввиду того, что в РФ набрали популярность синтетические катиноны, встал вопрос об изучении их действия на организм с целью внесения корректировок в программы реабилитации пациентов, принимавших данные вещества.

Цель исследования. Оценка социальной адаптации и качества жизни пациентов, систематически принимавших синтетические катиноны, на этапе становления ремиссии.

Материалы и методы. В исследование были включены 159 пациентов, находившихся на реабилитации частных, государственных и религиозных реабилитациях, со сроком трезвости от 3-х недель до 6 месяцев в возрасте от 18 до 50 лет. Не включались в исследование пациенты с сопутствующими соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями, а также с симптомами, характерными для абстинентного синдрома. Все больные были разделены на 3 группы. Первая (основная) группа включала 77 пациентов, систематически принимавших перед лечением синтетические катиноны. Вторая группа состояла из 33 пациентов, эпизодически принимавших синтетические катиноны. Третью группу составили 49 пациентов, зависимых от алкоголя.

Диагностика проводилась с помощью Шкалы самооценки социальной адаптации (SASS, Bosc M. et al. 1997) и Визуальной аналоговой шкалы оценки состояния здоровья (ВАШ) EQ-VAS.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов $32,2 \pm 8$. Половой состав всех групп характеризовался преобладанием мужского пола – 68,5%

Результаты исследования самооценки социальной адаптации пациентов в исследуемых группах на этапе становления ремиссии проводились с помощью Шкалы самооценки социальной адаптации.

В первой (основной) группе статистически значимо преобладали пациенты с затрудненной социальной адаптацией ($p_{1/2}=0,004$; $p_{1/3}=0,018$), а в двух других группах исследования – с хорошей ($p_{1/2}=0,01$; $p_{1/3}=0,013$). В категориях с очень хорошей и плохой социальной адаптацией статистически значимых различий не выявлено. Средний уровень в самооценки социальной адаптации в основной группе – 34,1; в группе с эпизодическим приемом синтетических катинонов – 38,7; в группе зависимых от алкоголя – 37,4 и эти различия статистически значимы ($p_{1/2}=0,0015$; $p_{1/3}=0,009$).

Оценка соматического состояния пациентов исследуемых групп с помощью Визуальной аналоговой шкалы оценки состояния здоровья (ВАШ).

В группе систематического приема синтетических катинонов среднее значение оказалось $0,745 \pm 0,18$, в группе эпизодического приема синтетических катинонов – $0,750 \pm 0,18$, в группе зависимых от алкоголя – $0,765 \pm 0,18$. Различия между группами оказались недостоверны ($p > 0,05$).

Закключение. Средний уровень самооценки социальной адаптации у пациентов зависимых от синтетических катинонов достоверно ниже, чем у пациентов с эпизодическим приемом синтетических катинонов и пациентов, зависимых от алкоголя. Поскольку в группе с систематическим приемом синтетических катинонов на этапе становления ремиссии преобладали пациенты с затрудненной формой социальной адаптации, целесообразно рассмотреть вопрос об их более длительном пребывании в реабилитационной программе.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ И СОТРУДНИЧЕСТВО В БРИГАДНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Медведев С.Э., Бутома Б.Г.

**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», отделение биопсихосоциальной реабилитации
психически больных
Санкт-Петербург**

Tolerance and cooperation in the team interaction of helping professionals

Medvedev S. E., Butoma B. G.

Биопсихосоциальный системный подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформировать терапевтическую программу и разграничивает области компетенции помогающих специалистов.

Системный подход в психотерапии предписывает профессионалу позицию нейтральности в работе с клиентом/пациентом/семьей (Варга А.Я. 2013).

Нейтральность позволяет ему оставаться эффективным и эмпатичным как при взаимодействии с могущественной семейной системой пациента/клиента, так и во взаимодействии с другими профессионалами.

Однако зачастую, в отношениях с помогающими специалистами других профессий психотерапевт в лучшем случае проявляет толерантность, которая по сути является латентным проявлением конкуренции.

При наличии выраженного/тяжелого психического расстройства, требуется наиболее интенсивное и продуктивное взаимодействие помогающих специалистов. Актуализируется проблема определения границ профессиональной компетенции.

В 2020 году пандемия SARS-COV-2 обозначила точку бифуркации как для развития системы семьи, так и для системы помогающей службы.

Принимая во внимание гипотезу об изоморфизме социальных систем на различных уровнях (Тогунов И.А. 2007, Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. 2011), можно отметить, что помогающая служба изоморфна взаимодействующим с ней живым открытым системам.

В условиях повышенной внешней биологической опасности внешние границы становятся менее проницаемыми, что требует более тесного и продолжительного сосуществования внутри. Требуется дополнительные усилия для сохранения гомеостаза.

Системы открытые, с проницаемыми и простроенными границами в новой ситуации обнаруживают новые возможности применения современных коммуникационных технологий, значительно расширив контакты и преодолевая пространственные ограничения.

Для закрытых систем внешняя инфекционная угроза стала дисфункциональным стабилизатором, позволившим в еще большей степени ограничить обмен информацией с внешним миром.

В дисфункциональных семьях это проявилось еще более выраженным психологическим слиянием, с вытекающими из этого конфликтами, эмоциональными разрывами, построением треугольников и коалиций, большей выраженностью и частотой обострений различных дисфункций и расстройств.

Многие психотерапевтические сообщества, активно использовавшие современные технологии и ранее, обнаружили новые возможности как для осуществления помощи, так и для организации дистанционных конференций и супервизии трудных случаев.

При этом ряд закрытых психиатрических стационаров редуцировали или приостановили реабилитационную деятельность. Практически полностью прекратилась работа с семьей пациента, даже в детской и подростковой психиатрии.

Очень мало используются современные мультимедийные технологии, и защита от контактов с семьей пациента мотивируется мерами эпидбезопасности и другими соображениями его соматического благополучия.

аким образом, можно констатировать наличие признаков «двойной коммуникации» (Г. Бейтсон, 2000) в организации психиатрического стационара. В данном случае этот паттерн проявляется в сообщении пациенту о том что приоритетом является соблюдение его интересов, при том что основной акцент делается именно на создании комфортных условий для врачей и персонала.

В 2018 г. нами проведен опрос среди профессионалов психического здоровья.

Гипотезой исследования было предположение о наличии психофобических установок у профессионалов службы психического здоровья, поскольку во взаимодействии с ними неоднократно приходилось слышать мнения по поводу бесполезности и даже опасности психотерапии при тяжелых психических расстройствах. Были сообщения и о конкурентной позиции психотерапевтов и психологов по отношению к психиатрам.

Участие было предложено 273 специалистам (психиатры, психотерапевты, психологи), которым раздавалась анкета, содержащая утверждения о важности психофармакотерапии, психотерапии и семейной психотерапии в большой психиатрии.

78 экземпляров было разослано по электронной почте, а остальные 195 предлагались на бумажном носителе. Получено 167 заполненных анкет.

подавляющее большинство принявших участие в исследовании профессионалов (более 87%) сообщили, что считают как психофармакотерапию, так и психотерапию в «большой» психиатрии необходимыми и важными компонентами комплексной помощи, а 76% причислили к важным и даже необходимым факторам лечения и реабилитации – работу с семьей клиента/пациента.

Можно предположить, что специалисты, не ответившие на анкету не сочли ее важной или не пожелали высказывать свое, возможно и негативное мнение.

В итоге можно сделать вывод о преимущественно позитивном отношении профессионалов к психотерапии вообще и к использованию ресурсов семейной системы в большой психиатрии в целом.

При этом отсутствие практических шагов в этом направлении и временный отказ от реабилитационных программ в закрытых психиатрических учреждениях в период пандемии позволяет предположить скорее толерантность, чем готовность к продуктивному сотрудничеству и интеграции.

Результаты опроса также могут являться косвенным подтверждением гипотезы о психофобической установке специалистов при формировании стратегии помощи пациентам страдающим тяжелыми психическими расстройствами.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИЗОЛИРОВАННОГО СОННОГО ПАРАЛИЧА

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт имени П.А.Столыпина

Москва

Cognitive behavioral therapy for recurrent isolated sleep paralysis

MelehinA.I.

Аномальное поведение во сне, также известное как парасомния, может повлиять на качество ночного отдыха и повлиять на физическое и психическое здоровье человека. Примерно каждый пятый человек сталкивался с состоянием сонного паралича, который

может быть изолированным (Isolated Sleep Paralysis) или в структуре посттравматического стрессового расстройства (например, потеря значимого человека, тяжелая болезнь ребенка), большого эпизода депрессии и реакции горя (например, в процессе расставания) [2]. Пациенты описывают данное состояние как ощущение, что «тело спит, а мозг работает». Как будто видят «сон во сне». Проснувшись, не могут пошевелить руками, ногами, испытывают ощущение что их держат за руки/ноги, надавливают на грудь, держат рот. Могут открыть только глаза и наблюдают различные видения: животные, «человек без лица», близкие люди, умершие люди, «странные силуэты». Увиденное интерпретируют как паранормальный, религиозный опыт, сверхъестественное нападение, околосмертный опыт, «ощущение что сходят с ума», похищение/контакт с кем-то и чем-то. Пациенты начинают шевелить тело силой, и как только удастся пошевелить, надавать на что-то, то резко состояние проходит. Встают, ходят и возвращаясь в кровать засыпают. На утро у пациентов многое или все забывается, днем могут присутствовать остаточные воспоминания об эпизоде с тенденцией к «символической интерпретации» (драматические мифические сценарии), поиска причин. Присутствует соматизация в форме головной боли, раздраженного кишечника, болевого синдрома, усталости. Усиливается тревожное ожидание (страх ночи, повторного эпизода) Перенесенные интенсивные сенсорные и перцептивные переживания вызывают постэпизодический дистресс от сонного паралича (SPpostepisodedistress), который приводит к развитию у пациента спектра избегающего и перестраховочного поведения.

Говоря про тактику лечения сонного паралича, на данный момент доступно несколько вариантов фармакологического (например, применение escitalopram) и психотерапевтического лечения для хронических и тяжелых случаев, однако ни один из них по сей день не обладает неопровержимыми доказательствами по эффективности. Обследование психического статуса пациента с сонным параличом проводится с помощью: PHQ-SADS, ISI, Sleep Paralysis Post-Episode Distress Scale, DASS-21 и Sleep Paralysis Experiences and Phenomenology Questionnaire (SP-EPQ). Также пациента просят вести дневник эпизодов сонного паралича: воспринимаемая продолжительность (сек / мин), страх, связанный с приступом, и расстройство, вызванное галлюцинациями (по десятибалльной шкале).

В повседневной практике мы применяем часто применяем протокол мышечной релаксации перед сном для пациентов с сонным параличом (Focused-Attention Meditation Combined with Muscle Relaxation therapy). Направлена на обучение пациентов выполнять четыре шага во время эпизода]:

- Переоценка значения приступа - напоминание себе, что переживание обычное, благоприятное и временное, и что галлюцинации являются типичным побочным продуктом сновидений.
- Психологическое и эмоциональное дистанцирование - напоминание себе, что нет причин для страха или беспокойства и что страх и беспокойство только усугубят эпизод.
- Медитация внутреннего сосредоточенного внимания - сосредоточение их внимания внутрь на эмоционально вовлекающем, позитивном объекте (например, воспоминании о любимом человеке или событии, гимне / молитве, Боге, положительным опыте, назвать 5 вещей которые приносят удовольствие).
- Расслабление мышц - расслабление мышц, избегание контроля дыхания.

Недавно был предложен протокол когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для лечения рецидивирующего изолированного сонного паралича (Cognitive Behavioral-Therapy for Isolated Sleep Paralysis, CBT-ISP), который направлен на снижение постэпизодического дистресса от сонного паралича: минимизацию тревожных руминаций относительно сна,

трудностей засыпания, страха заснуть, улучшение когнитивного функционирования и фона настроения в течение дня. В таблице 1 мы приводим структуру данного протокола
Протокол когнитивно-поведенческой терапии для лечения рецидивирующего изолированного сонного паралича Б. Шарлесса и К. Догхрамджи

1 • Самоконтроль эпизодов сонного паралича с помощью модифицированного дневника сна;

- Психообразование о сонном параличе: предрасполагающие, провоцирующие факторы у пациента;

- Представление когнитивно-поведенческой модели сонного паралича, включая предсказуемую «последовательность» эпизодов (например, цикл симптомов, роль неадаптивных оценок, и повышение уровня активации);

- Практика во время сеанса для обсуждения катастрофических мыслей, связанных как с параличом, так и с галлюцинациями (с инструкциями для домашнего задания);

- Воображаемая репетиция техники разрушения (например, сосредоточенное внимание на мобилизации пальца / стопы или попытки кашлять, чтобы способствовать возвращению движения и развеять галлюцинации) во время сеанса. Это делается, когда пациент находится в положении лежа на кушетке. После воображаемой репетиции пациенту предоставляется инструкции по применению в домашних условиях и *in vivo* этих различных методов разрушения во время эпизодов сонного паралича.

2 • Использование персонализированной гигиены сна (например, способы избежать нарушения сна, избегать положения для сна лежа на спине, ограничение употребления определенных веществ перед сном, удаление неадаптивного поведения избегания);

- Использование диафрагмального дыхания, прогрессивной мышечной релаксации, медитации и / или упражнений на осознанность для снижения общего уровня тревожности в течение дня

- Инструкции по предотвращению рецидивов предоставляются во время последнего сеанса терапии с использованием подхода, основанного на копинг-стратегий.

3 Применяли диафрагмальное дыхание, расслабление, внимательность или медитацию во время эпизодов сонного паралича с попытками «оставаться спокойным» (например, использование успокаивающего разговора с самим собой, использование отвлечение внимания от галлюцинаций, переоценка значений эпизода / симптома) для прерывания и сокращения эпизодов

- Применение методов прерывания эпизода *in vivo*. Если первоначальная попытка оказывается неэффективной, пациентов инструктируют гибко применять методы вторичного разрушения.

- Раннее и раннее применение методов прерывания в предсказуемой последовательности эпизодов

Обе формы психотерапии во многом пересекаются. Оба протокола уделяют особое внимание различным формам расслабления, переоценке симптомов, переключению внимания вдали от содержания эпизода и практики прерывания, пока пациенты находятся в положении лежа на спине. Следует также отметить, что оба подхода основаны на когнитивно-поведенческих моделях панического расстройства.

Протокол мышечной релаксации перед сном для пациентов с сонным параличом препятствует попыткам пациента двигаться, тогда как КПТ активно поощряет эти попытки, чтобы напрямую нарушить эпизодов и отвлечь внимание от потенциально пугающих симптомов (например, галлюцинаций). Первый психотерапевтический протокол не направлен на техники дыхания, в то время как в КПТ это как потенциальный источник расслабления, который можно использовать «в данный момент» приступа. Также он против использования таких форм расслабления как молитвы, так как рассматривает это

как перестраховочное поведение, которое закрепляет дисфункциональные убеждения об эпизоде.

Эффективность КПТ. Наблюдается снижение эпизодов сонного паралича, минимизации тревожных руминаций относительно сна, трудностей засыпания, страха заснуть, улучшение когнитивного функционирования и фона настроения в течении дня. Также повышает чувство контроля над эпизодами. Ремиссия 4-6 месяцев.

**ФИЗИЧЕСКОЕ ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ТОЛЬКО У НОСИТЕЛЕЙ МАЖОРНОГО АЛЛЕЛЯ G
ПОЛИМОРФИЗМА Val66Met ГЕНА НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА МОЗГА (BDNF)**
Меркулова Т.В., Чупрова Н.А., Соловьева М.Г., Гречаный С.В., Баранок Н.В., Рыбакова
К.В., Николишин А.Е., Солдаткин В.А., Яковлев А.Н., Трусова А.В., Понизовский П.А.,
Крупницкий Е.М., Кибитов А.О.

ННЦН-филиал ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ ПН
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ
Москва, Санкт-Петербург

**Physical neglect in childhood increases the risk of alcohol dependence only in carriers of the
major G allele of the Val66Met polymorphism of the brain neurotrophic factor (BDNF)**
Merkulova T.V., Chuprova N.A., Solovieva M.G., Grechany S.V., Baranok N.V., Rybakova K.V.,
Nikolishin A.E., Soldatkin V.A., Yakovlev A.N., Trusova A.V., Ponizovsky P.A., Krupitsky E.M.,
Kibitov A.O.

Важной проблемой современной наркологии является поиск потенциальных биомаркеров для оценки риска развития болезней зависимости от психоактивных веществ. Алкогольная зависимость (АЗ) является мультифакториальным полигенным заболеванием с существенным вкладом генетических факторов. В рамках биопсихосоциальной модели этиологии и патогенеза развитие заболевания происходит в результате взаимодействия трех важнейших доменов: биологического, личностного и социального, каждый из которых имеет свой уровень генетического контроля. Носительство определенных генетических полиморфизмов может формировать специфический индивидуальный уровень генетического риска развития АЗ. Имеются данные о том, что эффекты некоторых полиморфизмов в отношении риска развития психических заболеваний проявляются только при значительном уровне воздействия личностных и социальных факторов, в частности, детского психотравмирующего опыта. Одним из полиморфизмов, который может быть ассоциирован с риском развития АЗ, является функциональный полиморфизм Val66Met (rs6265) в гене нейротрофического фактора мозга (BDNF), играющего важную роль в процессе нейрогенеза и поддержания функционирования нейронов.

Цель исследования – анализ ассоциации полиморфизма Val66Met (rs6265) в гене BDNF с риском развития алкогольной зависимости с учетом эффектов детского психотравмирующего опыта

Материалы и методы. В исследование вошли 149 пациентов с АЗ (средний возраст 29,91 лет, SD=3,9041, 16,1% женщин) и 201 здоровых добровольцев (средний возраст 23,3 лет, SD=2,4840, 30,3% женщин). Генотипирование ДНК участников исследования по полиморфизму Val66Met (rs6265) гена BDNF проводилось с помощью метода RT-ПЦР. (полимеразная цепная реакция в реальном времени). Для оценки детского психотравмирующего опыта был использован Международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ, Adverse Childhood Experiences International Questionnaire). В рамках генетической доминантной модели участники были разделены на две группы по полиморфизму Val66Met: носители минорного аллеля А (генотипы GA и AA) и гомозиготы по мажорному аллелю (генотип GG). Сравнение генетических групп проводилось по всем подшкалам опросника ACE-IQ. Для оценки ассоциации полиморфизма Val66Met (rs6265) гена BDNF с риском развития АЗ с учетом эффектов детского психотравмирующего опыта использовали метод бинарной логистической регрессии.

Результаты. Полиморфизм Val66Met (rs6265) гена BDNF не связан с риском развития АЗ. Однако, пациенты с АЗ - носители минорного аллеля А Val66Met по сравнению с

гомозиготами GG чаще сообщают о наличии физического пренебрежения в детском возрасте со стороны родителей или опекунов согласно опроснику ACE-IQ ($p=0,07$), а в группе здоровых участников, напротив, носители минорного аллеля A Val66Met реже сообщают о таком варианте детского психотравмирующего опыта, чем гомозиготы GG ($p=0,069$). Согласно данным логистической регрессии, повышение балла выраженности физического пренебрежения в детском возрасте со стороны родителей или опекунов влияет на риск развития АЗ ($\exp(B)=1,243$, 95% CI=1,024-1,510, $p=0,028$), в том числе с корректировкой на пол ($\exp(B)=1,254$, 95% CI=1,030-1,526, $p=0,024$). Выявлен эффект взаимодействия «генотип * балл физического пренебрежения»: у носителей генотипа GG повышение балла выраженности физического пренебрежения в детском возрасте со стороны родителей или опекунов повышает риск развития АЗ в 1,2 раза ($\exp(B)=1,222$, 95% CI=1,009-1,479, $p=0,04$), у носителей генотипа GA - в 1,4 раза ($\exp(B)=1,395$, 95% CI=1,089-1,786, $p=0,008$), а у носителей генотипа AA не выявлено эффекта в отношении риска развития АЗ. Эффектов пола в рамках взаимодействия генотип*балл физического пренебрежения не выявлено.

Заключение. Мы показали взаимодействие генотипа по полиморфизму Val66Met (rs6265) гена BDNF с выраженностью физического пренебрежения в детском возрасте со стороны родителей или опекунов в рамках ассоциации с риском развития алкогольной зависимости. Физическое пренебрежение, вероятно, может способствовать повышению риска алкогольной зависимости у носителей мажорного аллеля G, однако в отсутствие этого аллеля (генотип AA) эффекта физического пренебрежения на риск развития алкогольной зависимости нет. Возможно, эффект функционального полиморфизма, влияющего на функционирование нейротрофического фактора мозга, связан с определенными особенностями реакции на стрессоры и \ или специфическими особенностями личности. После проведения более подробных исследований на расширенных выборках возможно использованием комбинированного подхода с оценкой детского психотравмирующего опыта и генотипа по полиморфизму Val66Met (rs6265) гена BDNF для стратификации групп высокого риска развития алкогольной зависимости в рамках персонализированных превентивных мероприятий.

НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

Миназов Р.Д.

ООО «Клиника Инсайт»

Казань

Non-suicidal self-harming behavior

Minazov R.D.

Проблема самоповреждающего поведения обусловлена возрастающей частотой случаев, особенно в подростковой среде, а также его нозологической неоднородностью. Интерес вызывает и то, что в DSM-V включили «несуицидальное самоповреждающее поведение» (НССП).

Диагностика НССП предполагает наличие следующих диагностических критериев:

А. В течение последнего года было 5 дней или более, когда индивидом намеренно совершались акты самоповреждения поверхности тела, способные привести к кровотечению, синякам или вызывать боль (т.е. нанесение порезов, прижигание, уколы, удары, сильное трение), при этом ожидаемый физический вред оценивается как незначительный или умеренный (т.е. нет суицидальной цели).

В. Индивид, совершая акт самоповреждения, ожидает один или несколько из следующих эффектов:

1. Получить облегчение от негативных чувств или мыслей.
2. Разрешить межличностные трудности.
3. Вызвать положительные чувства.

С. Намеренное самоповреждение сочетается как минимум с одним из следующих феноменов:

1. Межличностные трудности, негативные чувства или мысли, такие как подавленность, тревога, напряжение, гнев, общий дистресс или самокритика, возникающие в период непосредственно перед совершением акта самоповреждения.
2. Перед нанесением самоповреждения есть период, когда мысли индивида поглощены желанием его осуществить и это трудно контролировать.
3. Мысли о самоповреждении возникают часто и не всегда реализуются.

Д. Данное поведение не является социально санкционированным (например, пирсинг, татуировки, часть религиозного или культурного ритуала) и не ограничивается сковыриванием болячек или обкусыванием ногтей.

Е. Поведение или его последствия вызывают клинически значимый дистресс или препятствуют нормальному функционированию в межличностной, учебной или других важных сферах.

Ф. Данное поведение присутствует не только во время психотических эпизодов, делирия, интоксикации или отмены психоактивных веществ. У индивидов с нарушениями психического развития самоповреждения не являются частью паттерна стереотипий.

В то же время многие специалисты (Н.А. Польская, И.Я. Стоянова и др.) отмечают феноменологическую близость суицидального и самоповреждающего поведения. Самоповреждающее поведение часто связывают с действиями, направленными на повреждение собственного тела, но без суицидальных намерений. Ряд авторов указывают на вероятностный суицидальный риск и психологические проблемы, связанные с эмоциональной регуляцией и пониманием эмоций, Я-концепцией, тревожностью, враждебностью и нейротизмом.

Исходя из этого, трудно выделить только один фактор, определяющий причину самоповреждающего поведения. Скорее всего, это сложное сочетание биологических, психологических и социокультурных факторов.

Наряду с термином «несуицидальное самоповреждение», в литературе используется такое понятие как Аутоагрессивное поведение (ААП) – емкое понятие, включающее в себя спектр поведенческих моделей прямо или косвенно связанных со стремлением причинить вред своему телу и/или психике

Как указывает Н.А. Польская, самоповреждающее поведение может использоваться в качестве инструмента для снятия сверхсильного напряжения, временного избавления от душевной боли (физическая боль на какое-то время отвлекает от душевных мук, своего рода «разрядка»), совладания с навязчивыми состояниями, временной возможности «почувствовать себя живым» (при эмоциональной инертности – ангедонии), «ощутить реальность» или, напротив, самоповреждение – как способ наказать самого себя за что-либо.

По мнению многих авторов, умышленное нанесение себе травм или самоотравление (self-harm behavior признаётся намеренным и осознанным причинением себе вреда) регистрируется как форма парасуицидального поведения среди юношей и подростков, как в РФ, так и в целом в мире.

В отечественных исследованиях встречаются данные о том, что 65% российских респондентов хотя бы однажды совершали преднамеренное самоповреждающее

действие, 41,5% – более одного раза, 13,8% – многократно. В то же время, отдельной официальной статистики по распространённости самоповреждения мы не обнаружили.

Пациенты отделения психического здоровья клиники «Инсайт» с самоповреждающим поведением (самопорезы, царапание кожных покровов, удары по собственному телу, сковыривание болячек, выдергивание волос, удары по твердым поверхностям, самоожоги), преимущественно в возрасте от 16 до 20 лет с различной нозологической принадлежностью: личностные расстройства, включая ПРЛ, заболевания шизофренического спектра, депрессия, РПП (нервная анорексия, булимия).

При аутоагрессивном поведении помощь оказывается комплексная и включает в себя не только медикаментозную терапию и психологическую коррекцию, но и, работа с семьей пациента, мультидисциплинарной бригадой. В состав бригады входят врач-психиатр, психолог, врач-психотерапевт.

Позитивные результаты в лечении и коррекции при самоповреждающем поведении показывают не только методы когнитивно-поведенческой психотерапии, диалектической поведенческой терапии, но и другие методы и направления психотерапии, в зависимости от тяжести ситуации, а также наличия или отсутствия расстройств личности, психики. То есть программа лечения самоповреждения подбирается индивидуально. Для успешного разрешения внутренних и внешних конфликтов пациента, психотерапевтический процесс продолжается и после выписки из стационара, т.е. амбулаторно в рамках так называемой постлечебной программы (ПЛП)

Признавая факт того, что самоповреждающее поведение – это психологическая попытка управлять ситуацией и/или собственным состоянием субъективно единственно доступным психологическим средством, когда личность переживает дефицит этих средств и навыков регуляции, их несформированность и/или неинтегрированность в личный опыт, их недоступность или неактуализированность в опыте, высока вероятность в дальнейшем истинного суицидального поведения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ВРТ

Мошкивская В.А., Бурина Е.А.

СПБГУ

Санкт-Петербург

**Features of psychological readiness for motherhood in pregnant women because of using IVF
methods**

Moshkivskaia V.A., Burina E.A.

Актуальность заявленной темы объясняется ростом репродуктивных осложнений у женщин, планирующих беременность, а также возрастающим количеством беременностей, наступивших с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Специалисты различных областей ставят перед собой исследовательские задачи, связанные с изучением факторов, влияющих на возникновение причин бесплодия, изучают способы решения данной проблемы (Добряков И.В.). Цель исследования: изучить готовность к материнству женщин, беременных в результате применения методов ВРТ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГПЦ №1 г. Санкт-Петербурга. В исследовании приняло участие 80 женщин, беременность которых наступила в результате применения различных методов ВРТ, и 80 женщин, беременных в естественном цикле. Дизайн исследования включал авторское полуструктурированное интервью, состоящее из 67 вопросов, а также ряд стандартизированных психодиагностических

методик (FPI, «Сознательное родительство», «Ролевые ожидания и притязания в браке», «ТОБ», «Шкала воспринимаемого стресса», «Диагностика психологического пола», анкета «Состояние здоровья PHQ-9», опросник «Нарушения здорового поведения»). Полученные данные обрабатывались с помощью языка R в программе RStudioVersion 1.3.1093. Качественная обработка данных производилась с помощью контент-анализа. Средний возраст исследуемых женщин – 34 года. Из исследования были исключены женщины с четвертой и более попыткой беременности в результате применения методов ВРТ.

Результаты и их обсуждение. Преобладающим мотивом материнства в исследуемой группе является «женская реализация» (48%, n=38), также при беседе с женщинами часто звучали мотивы, обусловленные социальными установками (23%, n=19), давление родственников (11%, n=9), эгоистичные мотивы типа «почувствовать себя наконец-то взрослой» (11%, n=11). Таким образом, женщины могут быть охарактеризованы как профессионально успешные в собственном представлении, и желающие реализовать свою материнскую сторону через рождение ребенка. В случае возникновения репродуктивных осложнений женщины из данной группы обращаются за методом ВРТ как способом, помогающим решить поставленную задачу. Субъективно свою готовность к материнству в среднем женщины оценили в $7,77 \pm 1,86$ (из 10). Довольно высокая оценка собственной готовности к материнству не всегда соотносится с действительно зрелой личностью, а может указывать на завышенное представление о себе. 85% (n=68) женщин воспитывались в полной семье, 58% (n=47) при наличии сиблингов, однако 81% (n=66) отмечают дефицит контакта с матерью в детстве и довольно сложные взаимоотношения во взрослом возрасте. Затруднённый контакт с отцом испытывали 69% (n=55) исследуемых женщин. Анализ результатов FPI не выявил выходящих за средние нормы личностных особенностей у женщин, беременных в результате ВРТ. Показатель по шкале выраженности черт феминности / маскулинности сглажен и указывает на преобладание черт андрогинности. Анализ результатов опросника «Психологический пол» также указывает на вышеописанную тенденцию. Однако показатель маскулинности в группе женщин, беременных в результате применения ВРТ, статистически выше, чем в группе женщин, беременных в естественном цикле. А показатель феминности в группе женщин, беременных в результате применения методов ВРТ, значительно ниже, соответственно. Данная тенденция прослеживалась и при наблюдении в процессе проведения интервью: женщины из группы ВРТ беременности более профессионально амбициозны, напористы, логичны, менее эмпатийны. Преобладающими типами психологического компонента гестационной доминанты является ГПКГД (32%, n=26), указывающий на скрытое неприятие своей беременностью, желанием не менять свою жизнь, а встроить родительскую роль как одно из приложений повседневной жизни. Также высокий процент ОПКГД (25%, n=20), что характеризует женщин как радующихся наступлению беременности, готовых к активным переменам стиля и образа жизни. В группе женщин, беременных в естественном цикле, доминирующими типами ПКГД также являются два вышеописанных типа.

Анализ результатов шкалы депрессии PHQ-9 указывает на наличие легкого уровня депрессии на момент исследования по данной шкале в группе женщин, беременных с помощью методов ВРТ. При статистической обработке результатов опросника «Сознательное родительство» в группе женщин, беременных в результате методов ВРТ, обнаружено снижение показателей по шкалам: родительские чувства ($t=3,125$; $p=0,002$), родительские установки ($t=2,524$; $p=0,012$) и родительская ответственность ($t=2,526$; $p=0,012$). Таким образом, женщины из данной группы менее привязаны к ребенку, менее эмпатийны и слабо включены в контакт с ребенком. При этом они более осведомлены о нормах выстраивания взаимоотношений с ребенком, правилах ухода за новорожденным.

Полученные данные также подтверждались наблюдениями в ходе интервью и анализе ответов, полученных на вопросы.

Заключение. По результатам произведенного исследования можно сделать следующие выводы: женщины, имеющие репродуктивные сложности и обращающиеся за лечением с помощью методов ВРТ, в 85% имеют нарушенные детско-родительские взаимоотношения с обоими родителями, чаще всего с матерью, что влияет на становление собственной материнской идентичности и возможно ведет к факторам, осложняющим репродуктивное здоровье. Несмотря на преобладание андрогинности в обеих группах, показатели маскулинности значительно выше, а феминности ниже в группе женщин, беременных с помощью методов ВРТ; что также является психотерапевтической мишенью при работе с женщинами с диагнозом бесплодие. Женщины, проходящие лечение бесплодия, чья беременность наступила в результате методов ВРТ, менее эмоциональны, более сдержанны, логичны. По результатам исследования можно предположить наличие психосоматической основы развития бесплодия. Женщины, имеющие репродуктивные сложности, изначально обладая андрогинностью, приспосабливаются к своему образу жизни, позволяющему вести активную профессиональную и социальную жизнь, таким образом, усиливают черты маскулинности и снижают черты феминности, необходимые в развитии материнской сферы (к тому же столкнувшись в детстве с негативным опытом контакта с собственной матерью). Пытаясь решить вопрос наступления беременности рационально, проходя только гинекологическое обследование и лечение с помощью применения методов ВРТ игнорируют другую важную составляющую – психологическую. Полученные результаты указывают на возможность улучшения репродуктивного здоровья с помощью психокоррекционных и психотерапевтических методов. Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 20-013-00759.

ГИПЕРСОМНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ COVID-19 ИЛИ/И РАННЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ

Мысливцева А.В., Малышко Е.В., Линник А.А.

**Государственное бюджетное учреждение Ростовской области "Наркологический
диспансер"**

Ростов-на-Дону

Hypersomnia as a complication of covid-19 or / and earlier a manifestation of depression

Myslivtseva A.V., Malysheko E. V., Linnik A.A.

Одним из ведущих признаков развития COVID-инфекции является слабость и нарушение сна. Сложность данной ситуации в том, что у многих данные симптомы не проходят неделями и даже месяцами. В последние годы проблема, связанная с нарушением сна, является довольно распространённой темой, в связи с чем все больше людей стали обращаться за помощью к специалистам. Высокий процент среди нарушений сна занимает бессонница, однако стоит обратить внимание и на гиперсомнию, которая в последнее время является частой жалобой на приеме у врача психиатра.

Гиперсомния является одним из проявлений расстройств аффективной сферы и требует более подробной диагностики.

Цель исследования: изучение гиперсомнии после COVID

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО «НД») в анонимном кабинете врача психиатра. В исследовании приняли участие 50 пациентов с гиперсомнией после перенесенного COVID-19 спустя 5 месяцев после выздоровления. Критериями включения были пациенты с нарушениями сна,

проявляющимися повышенной сонливостью в течении дня, длительным ночным сном (более 10 часов), трудными подъемами по утрам. Основным критерием было то, что данная симптоматика возникала после COVID-19. Средний возраст пациентов $28,12 \pm 4,4$ лет. Из исследования исключались пациенты с сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, а также имеющими дополнительные жалобы после COVID-19 кроме гиперсомнии. В ходе исследования применялся клинический метод и экспериментально-психологический (тест диагностики самочувствия, активности и настроения (САН), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и шкала сонливости Epworth).

Результаты и их обсуждение: В ходе клинического исследования при более подробном сборе анамнеза удалось выявить: длительность ночного сна 10-12 часов у 22 пациентов (44%), а более 12 часов у 28 пациентов (56%), трудные ранние подъемы у 42 пациентов (84%), сонливость в течении дня наблюдалась у 44 пациентов (88%). Так же при детальном расспросе пациенты жаловались на снижение настроения (42%), слабость и снижение работоспособности (68%), тревогу (18%), снижение памяти (66%). При исследовании шкалы сонливости Epworth было выявлено: умеренная сонливость (7-8 баллов) у 29 пациентов (58%), аномальная (патологическая) сонливость (9-20 баллов) у 17 пациентов (34%) и у 4 пациентов (8%) патологии не было выявлено. Данное исследование подтверждает наличие гиперсомнии у 92 % пациентов. По шкале HADS клинически выраженная депрессия наблюдалась у 19 пациентов (38%), субклиническая у 23 пациентов (46%) и у 8 пациентов патология (16%) не была выявлена. Депрессивное расстройство наблюдалось у 84% пациентов. Клинически выраженная тревога наблюдалась у 8 пациентов (16%), субклиническая у 17 пациентов (34%) и у 25 пациентов (50%) патология не была выявлена. Тревожное расстройство наблюдалось у 50% пациентов. Опросник САН: средний балл шкалы «Самочувствие» равен 2,96, средний балл шкалы «Активность» равен 3,48, средний балл шкалы «Настроение» равен 4,0 — это говорит о неблагоприятном состоянии испытуемых.

Заключение: гиперсомния относится к социально значимым расстройствам, поэтому требует пристального внимания специалистов. Возникновение гиперсомнии после перенесенной COVID-инфекции может быть первичным и единственным признаком развития нарушений аффективной сферы. Требуется более серьезный подход к проблеме, в виде разработки четких диагностических алгоритмов, что повысит качество оказания помощи данному контингенту больных и возможно, приостановит статистический рост развития депрессий и самолечения.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЫЗВАННЫЕ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ**

Нартова Т.В., Николаева А.А.

ГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Москва

**Psychological support as a model of psychological assistance to patients with mental and
behavioral disorders caused by alcohol and drug addiction**

Nartova T. V., Nikolaeva A.A.

В реабилитационной (восстановительной) работе с пациентами с психическими и поведенческими расстройствами вызванными употреблением ПАВ особое место занимает психологическое сопровождение – это модель психологической помощи, главным компонентом которой является устранение нарушений социального поведения, являющихся основным препятствием на пути возвращения пациентов к нормальному образу жизни в обществе и ориентировано на решение лично значимых проблем, помощь в развитии недостающих навыков в реализации базовых личностных и социальных потребностей. Модель психологической помощи, позволяет создать для пациента безопасное «переходное пространство», обладающее реабилитационными и социальными возможностями. Этот эффект достигается за счет органичного включения методов и приемов психологического воздействия, а также поиска способов восстановления и создания определенных условий при решении данной проблемы. Важно отметить, что, в отличие от коррекции, сопровождение подразумевает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности. Это, по сути, является первой сущностной характеристикой сопровождения. Так, в случае успешной организации сопровождения, оно помогает пациенту войти в «зону развития», которая ранее была ему недоступна.

Цель: внедрение и использование принципов психологического сопровождения для повышения качества реабилитационной (восстановительной) работы с пациентами с психическими и поведенческими расстройствами вызванными употреблением ПАВ.

Целью профессиональной деятельности медицинского психолога является оказание не только помощи конкретному пациенту в осмыслении лично значимых проблем, но и в развитии недостающих навыков в реализации базовых личностных и социальных потребностей, которые определяются при выделении психотерапевтических мишеней для дальнейшего лечения. Принципы психологического сопровождения являются не только предпосылкой в оказании помощи пациенту, но и служат инструментом для понимания и достижения психопрофилактики рецидивов.

Последние рекомендации в области психокоррекции пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вызванными употреблением ПАВ позволяют в качестве наиболее адекватной версии рассматривать исход реабилитации в зависимости от навыков пациента и его личностных ресурсов.

Одной из существенных характеристик психологического сопровождения принято считать переход личности к самопомощи через преодоление потребности в помощи извне. Другими словами, главной задачей специалиста становится оказание достаточной поддержки для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу справиться со своими жизненными трудностями конструктивным способом, не разрушая себя употреблением ПАВ». В рамках психологического сопровождения между пациентом и психологом (психотерапевтом) создаются доверительные и поддерживающие отношения. Это – продолжительный процесс, который актуален на всех этапах лечения. Он представляет

собой формирование безопасных условий для выхода из негативного отчуждения, реконструкции образа мира, а также восстановление связи пациента с самим собой и окружающим его миром. Психологическое сопровождение не предполагает «исправление недостатков» пациента, а подразумевает поиск скрытых ресурсов развития, возможности находить опору на собственные ресурсы, умению их мобилизовать, которые в последующем будут способствовать отказу, от употребления ПАВ, и в умение находить более конструктивные подходы в решении сложившихся жизненных ситуациях.

Принципы психологического сопровождения определяются в каждом конкретном случае индивидуально. «Принцип события - «срыва», который подразумевает создание условий, для перестроения пациентом отношений с миром и освоения способов не деструктивного поведения. Принцип запрета на жесткое проектирование результата для пациента. Принцип следования естественным закономерностям онтогенетического развития, проживания кризисных периодов в жизни без употребления ПАВ. Принцип реальности, который подразумевает подведение пациента к принятию жизни во всей ее полноте, с ее положительными и негативными проявлениями. Его суть заключается в том, что специалист не берет на себя задачу «обеспечить жизненное благополучие пациента», но помогает преодолеть «разрывы жизни» и принять ответственность за свою жизнь.

Перед психологом стоят три основные задачи:

1. Определить объективный и субъективный аспект проблемы употребления ПАВ (диагностический компонент сопровождения).
2. Выбрать основное направление изменений (соглашение между пациентом и психологом в зарубежной литературе это обозначается понятием «заключение контракта»).
3. Помочь пациенту мобилизовать собственные ресурсы, для поддержания трезвого образа жизни (это основной, реабилитационный компонент, где осуществляется преобразование образа мира и освоение новых моделей поведения).

Именно эта модель имплицитно присутствует в ряде интегративных подходов к консультированию в психологии и социальной работе (Горянина В. А., 2002; Соколова Е. Т., 1995; и др.), которые по своей сути близки к психологическому сопровождению.

Важно выделить три основные стадии процесса психологического сопровождения.

Начальная. Здесь устанавливается контакт между психологом и пациентом. Проводится диагностическое исследование.

Основная (реабилитационная, или реконструктивная). Собственно, работа по оказанию психологической помощи, которая направлена на активизацию собственных психологических ресурсов пациента, овладение необходимыми навыками в выборе стратегии и тактики поведения в отказе от употребления ПАВ.

Завершающая. Эта инвариантная модель пригодна для осмысления и выстраивания всего процесса психологического сопровождения.

Вывод: психологическое сопровождение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вызванными употреблением ПАВ, выстраивается с учетом перечисленных принципов, что позволяет максимально оптимизировать вхождение пациентов в «трезвый» социум и поддержание здорового образа жизни.

ДИНАМИКА ЗНАЧЕНИЯ «Я» В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ

Неберекутина Э.А.

РГПУ им.А.И. Герцена

Санкт-Петербург

Dynamics of the «Self» significance in self-isolation

Neberekutina E.A.

В начале 2020 года после объявления ВОЗ о пандемии COVID-19. В ряд противоэпидемических мероприятий были включены требования о запрете на свободные перемещения граждан с целью ограничения социальных контактов, т.н. самоизоляция.

Такие требования существенно изменили привычные условия жизнедеятельности для многих людей, то есть, оказались психотравмирующим фактором пандемии, который усугублялся настойчивым и противоречивым освещением событий в СМИ и нагнетанием угрозы гибели для людей. В таких ситуациях особую актуальность приобретают проблемы психической адаптации человека и её нарушений.

Подобные проблемы решались ранее лишь в авиационной, космической и морской медицине при планировании профессиональной деятельности военных специалистов в экстремальных условиях. В частности О.Н. Кузнецовым и В.И. Лебедевым были разработаны и введены концепты, которые сегодня представляются адекватными для анализа нарушений психической адаптации при изменениях условий жизнедеятельности: «психогении непривычных условий существования» и «псевдопсихопатологические феномены».

Целью настоящего исследования было оценить динамику самоощущения «я» в условиях самоизоляции и изучить условия, влияющие на эту динамику. Были обследованы 172 студента из разных вузов. Возраст испытуемых – от 17 до 26 лет, из них 40 человек – мужчины и 159 человек – женщины. Испытуемым с разным социально-демографическим статусом предлагалось оценить понятие «Я» на момент проведения исследования, до пандемии и в будущем. Использовался метод семантического дифференциала в авторской (Дж.Осгуд) редакции.

Расчитывались расстояния между понятиями «Я сейчас», «Я в прошлом» и «Я в будущем» в семантическом пространстве испытуемых. Величина этого расстояния свидетельствовала о большем или меньшем изменении значения «Я» в субъективном восприятии испытуемого.

Для оценки значения условий самоизоляции на степень изменённости «Я» исследовалось распределение различных показателей у лиц с большими и малыми расстояниями значений понятия «Я» в семантическом пространстве. Установлено, что: наиболее значимыми социально демографическими факторами, влияющими на ощущение изменённости «Я» в новых условиях являются пол, возраст испытуемых, условия проживания. К этим факторам при оценке будущих изменений добавлялись показатели материального благополучия испытуемого и его отношение к дистантной форме привычной деятельности.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о существенном влиянии условий жизнедеятельности на субъективную оценку «Я», которая меняется в условиях самоизоляции. Изучаемый феномен – «чувство собственной изменённости» сходен с клиническими феноменами «деперсонализации», но, очевидно, обусловлен психогенно, как проявление реакции адаптации в условиях самоизоляции. Уточнение факторов, облегчающих процесс психической адаптации в изменённых условиях жизнедеятельности позволит обосновать направления и содержание психопрофилактического элемента в системе противоэпидемических мероприятий.

**АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, ТЕМПЕРАМЕНТ И ХАРАКТЕР У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ КОМОРБИДНОЙ С ДЕПРЕССИЕЙ**

**Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Степанов И.Л., Кибитов А.О.
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва**

**Accentuation of personality, temperament and character in patients with alcohol
dependence comorbid with depression**

Nikolishin A.E., Chuprova N.A., Stepanov I.L., Kibitov A.O.

Клиническая депрессия встречается у 20,5-42% пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ). Депрессия и АЗ имеют ряд общих биологических механизмов развития, которые, вероятно, в наибольшей степени проявляются в случае коморбидности этих заболеваний. Пациенты с двойным диагнозом имеют значительно больше медицинских, социальных проблем, социальной стигматизации, низкое качество жизни. Многочисленные данные исследований показывают значимую роль черт личности в формировании и развитии как алкогольной зависимости, так и депрессии. В то же время, данных о характеристиках личности у пациентов с сочетанием АЗ и депрессии в отечественной и зарубежной литературе представлено недостаточно.

Цель. Провести сравнительный анализ личностных психометрических характеристик у пациентов с сочетанием депрессии и алкогольной зависимости и алкогольной зависимости без признаков коморбидного психического заболевания.

Материалы и методы. В исследование вошли 104 стационарных пациента клиник Национального научного центра наркологии и Московского НИИ психиатрии – филиалов ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Исследуемые группы составили: 64 пациента с сочетанием диагнозов «алкогольная зависимость» и «депрессия» (группа АЗ+депрессия)(F10.2 + F32 или F33 по МКБ-10) (средний возраст (Mean±SD) 41,23±9.9 года, 21,88% (14) женщин) и 40 пациентов с диагнозом «алкогольная зависимость» (группа АЗ) (F10.2 по МКБ-10) (средний возраст (Mean±SD) 45,57±10.853 лет, 5% (2) женщин), Пациенты с диагнозами F00-F09 (органические, включая симптоматические, психические расстройства), F20-F29 (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), F31 (биполярное расстройство) не включались в исследование.

Психометрические характеристики пациентов получены с помощью психометрических шкал-самопросников. Опросник Шмишека (версия 88 вопросов) использовали для оценки типа акцентуации личности по классификации К. Леонгарда: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный и эмотивный типы. Опросник темперамента и характера Клонинджера (Temperamentandcharacterinventory, TCI) в русскоязычной версии TCI-125 использовали для оценки основных характеристик темперамента, характера и личностных особенностей. Опросник включает подшкалы: поиск новизны, избегание вреда, зависимость от вознаграждения, настойчивость, самонаправленность, сотрудничество, самосовершенствование.

Статистические расчеты проводили с использованием статистического пакета IBMSPSSStatistics 23. Для сравнения групп по качественным переменным был использован критерий согласия χ^2 Пирсона. Ни одна переменная не соответствовала нормальному распределению при проверке с использованием критерия Колмогорова-Смирнова ($p \leq 0,001$). Для сравнения групп по количественным переменным был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для выявления возможного эффекта пола применяли общую линейную модель (ОЛМ). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты достоверно различались по доле мужчин и женщин (21,88% в группе АЗ+депрессия; 5% в группе АЗ; $p=0,022$). Согласно данным опросника Шмишека в группе АЗ+депрессия уровень возбудимости личности ($p=0,001$) и уровень дистимности личности ($p=0,001$) были достоверно выше, а уровень гипертимности личности был достоверно ниже ($p=0,007$), чем в группе АЗ. В группе АЗ+депрессия доли пациентов с акцентуацией по дистимическому типу личности (18,8%) и с акцентуацией по возбудимому типу личности (10,4%) были с тенденцией к достоверному выше, чем в группе АЗ (3,8%; ОШ (95%ДИ)=5,769 (0,688-48,360); $p=0,073$; 0%; ОШ (95%ДИ)=0,623 (0,519-0,749); $p=0,088$), а доли пациентов с акцентуацией по демонстративному типу личности (2,1%) и с акцентуацией по гипертимическому типу личности (8,3%) достоверно ниже, чем в группе АЗ (23,1%; ОШ (95%ДИ)=0,071 (0,008-0,628); $p=0,003$; 26,9%; ОШ (95%ДИ)=0,247 (0,065-0,943); $p=0,032$). Согласно данным опросника ТCI в группе АЗ+депрессия уровень избегания вреда ($p=0,038$) был достоверно выше, чем в группе АЗ.

Иных достоверных или близких к достоверным различиям при сравнении групп по психометрическим переменным не выявлено.

В связи с тем, что группы пациентов различались по долям мужчин и женщин, проведен дополнительный анализ, построение общей линейной модели (ОЛМ), для выявления влияния фактора пола на достоверные различия между группами сравнения по количественным переменным, а также для подтверждения найденных различий по психометрическим переменным. Влияния пола на переменные исследования с достоверными различиями не выявлено ($p > 0,05$). Подтверждены различия между группами пациентов по уровню возбудимости ($F=12,722$, $p=0,001$), гипертимности ($F=5,848$, $p=0,018$), дистимности ($F=10,393$, $p=0,002$), избеганию вреда (тренд, $F=3,577$, $p=0,072$).

Обсуждение. Можно предполагать, что некоторые характеристики личности могут влиять на формирование депрессии у пациентов с АЗ. К. Леонгард относил гипертимическую, дистимическую акцентуацию к типам темперамента, имеющего значимое биологическое влияние, а демонстративную и возбудимую акцентуации к типам характера, которому в большей степени свойственно социальное влияние. Вероятно, у пациентов с дистимической и возбудимой акцентуацией личности сочетание АЗ и депрессии встречается чаще, в то время как у пациентов с гипертимической и демонстративной акцентуацией личности АЗ чаще существует изолированно. Большой уровень избегания вреда по опроснику Клонинджера у пациентов с коморбидной патологией, вероятно, связан с большим уровнем личностной тревоги, что предположительно может влиять на риск развития депрессии.

Заключение. У пациентов с алкогольной зависимостью и коморбидной депрессией выявлены более высокий уровень возбудимости, дистимности, более низкий уровень гипертимности личности у пациентов с сочетанием алкогольной зависимости и депрессии. Также у пациентов с сочетанием двух заболеваний выявлен более высокий уровень избегания вреда. Можно предполагать, что особенности личности влияют на риск формирования коморбидности алкогольной зависимости и депрессии.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ДОМЕНОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ

Овчинников А.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского» Минздрава России**

Москва

The influence of personality dimensions on treatment response in major depression

Ovchinnikov A.

Исследование влияния личности на депрессию берёт своё начало с работ Гиппократ и Галена. В современной науке основной массив работ долгое время был сосредоточен вокруг оценки влияния расстройств личности на вероятность развития, тип течения и эффективность терапии депрессии (Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T., 2004). Как известно предложенная в МКБ-11 модель не включает категории, использовавшиеся в МКБ-10, за исключением пограничного расстройства личности. На смену им придёт многомерная модель, оценивающая тяжесть (мягкая, средняя, тяжёлая). И пять личностных доменов: негативная аффективность, диссоциальность, дезингибированность, отгороженность, ананкастия (ICD-11, 2018). Выбор измерений для новой классификации является прямым следствием доминирования пятифакторной модели («большой пятёрки») (Hofstee WK., Raad B., Goldberg LR., 1992) среди методов изучения личности и личностной патологии. Иначе говоря, представленные в новой классификации измерения являются «патологическими вариантами» шкал пятифакторной модели личности (так, негативной аффективности соответствует нейротизм, отгороженности – низкий уровень экстраверсии, диссоциальности – низкий уровень сотрудничества, дезингибированности – низкий уровень осознанности) (Mulder RT., Horwood J., 2016). Таким образом, в большом количестве исследований психологические параметрические модели, разработанные прежде всего для описания непатологических личностей и валидизированные на общей популяции, использовались для описания психопатий. Результаты показали большую валидность и прогностическую ценность такого подхода по сравнению с категориальным, а также хорошую воспроизводимость результатов, что и послужило причиной для изменения парадигмы личностных расстройств (Oltmanns JR., Widiger TA., 2019).

Целью исследования является поиск предикторов терапевтического эффекта антидепрессантов у пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами из числа параметрических личностных характеристик.

Материалы и методы. Исследование по дизайну проспективное обсервационное (случай-контроль). Исследование было выполнено в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России на базе филиала ГБУЗ «ПКБ № 4» ДЗМ «Психиатрический стационар им. В. А. Гиляровского» в период с 2020 по 2021 год. В исследование вошли пациенты, находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении с первичным (F32.0 - F32.2 по МКБ-10) или рекуррентным (F33.0 - F33.2) депрессивным эпизодом без психотических симптомов, не получавшие терапию на момент обследования.

До начала лечения пациентами заполнялись опросник темперамента и характера Клонингера (Temperament and Character Inventory (TCI)) (версия с 125 пунктами), 16-факторный опросник Кеттелла (Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)) (Форма А; 187 вопросов), Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) и Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS). В последующем пациенты повторно оценивались с помощью MADRS на 14-й, 28-й и 56-й день терапии.

Изученную выборку составили 61 пациент (27 мужчин и 34 женщин). Средний возраст больных – 30,2 года (SE=1,12; SD=8,7), от 18 до 48 лет. Выраженность депрессии у пациентов

определялась как лёгкая, умеренная или тяжёлая (медиана баллов MADRS – 26; мода-22; квартильный размах - 8). Лёгкой депрессии (15-25 баллов MADRS) соответствовало 30 пациентов (49%), умеренной (26-30 баллов MADRS) -14 пациентов (23%); тяжёлой (более 30 баллов MADRS) – 17 пациентов(28%).

Терапия назначалась лечащим врачом. В 43 случаях (70,5%) это была монотерапия антидепрессантом, в 18 (29,5%) - комбинация антидепрессанта и анксиолитика (гидроксизин в дозировке 25- мг/сут) или антипсихотика (кветиапин 50-150 мг/сут; тералиджен 10 мг/сут). В 51 случае(83,6%) в качестве АД использовался СИОЗС (сертралин, парокситин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин), в 6 (9,8%) – венлафаксин, дважды назначались кломипрамин (3,3%) и миртазапин(3,3%).

Данные анализировались с использованием программного пакета SPSS. В корреляционном анализе использовался метод Спирмена. Для ограничения ошибок первого рода при множественном сравнении использовался метод Бенджамини-Хохберга.

Результаты исследования. Всего редукция 50% и более баллов MADRS на 28 день наблюдалась у 25 пациентов (41%) больных, на 56 день - у 32(63%). Отсутствие ответа на терапию (редукция меньше 25%) баллов MADRS к 28 дню лечения наблюдалась у 17 больных (28%); к 56 дню – у 6 (12%).Среднее снижение баллов MADRS на 28 день составило 11,3 (медиана- 10; квартильный размах - 9,5), на 56 день – 14,3 (медиана- 14; квартильный размах - 7).

Достоверно с редукцией 50% и более баллов MADRS на 28 день лечения коррелировали фоновые показатели по шкалам сотрудничество из TCI (коэффициент Спирмена 0,29; $p=0,003$). Была выявлена связь между уровнем конформизма-нонконформизма (фактор Q2 из 16 PF) и отсутствием даже частичного ответа (<25% редукции баллов MADRS) на 28 день лечения (коэффициент Спирмена 0,392; $p=0,004$).

Достоверно с редукцией 50% баллов MADRS на 56 день лечения коррелировали фоновые показатели Q2 (из 16 PF) (коэффициент Спирмена -0,4; $p=0,007$) и сотрудничество(из TCI) (коэффициент Спирмена 0,378; $p=0,008$). При рассмотрении только пациентов с тяжёлыми депрессиями с вероятностью достижения ответа на терапию коррелировал уровень избегания опасности (TCI) (коэффициент Спирмена -0,402; $p=0,002$).

Выводы. Фоновый уровень сотрудничества (TCI) коррелировал с достижением 50% и более редукцией баллов MADRS на 28 и 56 дни лечения. Ответ на терапию на 28 и 56 дни лечения у пациентов с тяжёлой депрессией коррелировал с избеганием опасности(TCI) и шкалой конформизмом-нонкорформизмом (16 PF). Конформизм–нонконформизм также достоверно коррелировал с достижением редукции 50% и более баллов MADRS на 56 день лечения и отсутствием ответа на терапию на 28 день лечения. Таким образом, по результатам корреляционного анализа наиболее перспективными личностными предикторами ответа на антидепрессивную терапию являлись стали шкала конформизм-нонкорформизм из опросника Кэттела, а также избегание опасности и сотрудничество из опросника Клонингера. Полученные результаты воспроизводят выводы других исследований со схожим дизайном (Gurpegui D., Ortuño F., Gurpegui M., 2018; Takahashi M., Suzuki M., Muneoka K., 2014).

НЕЙРОМОТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СЕССИИ, И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА NSS БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Оганесян Н.Ю., Кирсанова С.Л.

**СПб ГКУЗ "ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №6", СПб ГКУЗ "Психиатрическая
больница Святого Николая Чудотворца"**

Санкт-Петербург

**Neuromotor therapy in the structure of a dance-movement session, and its impact on the
NSS of patients with schizophrenia**

Oganesyan N., Kirsanova S.

«Нейромоторика» - это особо организованный вид двигательной активности, основанный на нейропсихологии (связь функционирования головного мозга и психических функций) и направленный на развитие функционирования мозговых структур через движение (моторику). Последние исследования, посвященные развитию нервной системы зрелого мозга, показали ошибочность утверждений, что во взрослом состоянии человека в его нервной ткани не образуется новых нейронов. Стало известно, что в центральной нервной системе существуют клетки-предшественники, которые, в основном, локализируются в гиппокампе и субвентрикулярной зоне вблизи боковых желудочков мозга. Эти клетки отвечают на ряд стимулов и дают начало новым нейронам гиппокампа и обонятельной луковицы, при этом последние мигрируют в обонятельную луковицу из субвентрикулярной зоны по роstralному пути миграции. Учитывая частое выявление структурно-функциональных изменений этих областей мозга при шизофрении, можно предполагать, что при этом психическом расстройстве нарушен процесс созревания нейронов не только на раннем этапе онтогенеза, но и в более позднем возрасте. В ином случае будет трудно объяснить наличие продолжительного латентного периода между эмбриональным повреждением нервной системы и сравнительно поздней манифестацией шизофрении.

В течение последних десятилетий достаточно активно происходит изучение двигательных расстройств. Среди них выделяют так называемые неврологические мягкие признаки (NSS), представляющие особый интерес, так как они были определены, как возможные эндофенотипические проявления шизофрении, из-за их высокой распространенности у пациентов с шизофренией. Эти неврологические нарушения связаны с негативными симптомами и поведенческой дезорганизацией, помимо нейрокогнитивных нарушений. Кроме того, NSS позволит дифференцировать несколько подгрупп больных шизофренией с особенностями лечения, наблюдения, социальной и нейрокогнитивной реабилитации. Первичную моторную функцию при шизофрении можно разделить на две большие группы: 1) количественные: замедление психомоторные, брадикинезия, акинезия и снижение физической активности и 2) качественные: неврологические признаки мягкие (NSS), ненормальные произвольные движения и кататонические явления, которые можно понимать как континуум. NSS незначительные, объективные и тонкие неврологические нарушения, которые были предварительно классифицированы в следующие размеры: 1) координация движений, 2) последовательность сложных двигательных актов, 3) функции интегративно-сенсорные и 4) примитивные рефлексы. Клиническое исследование NSS при расстройствах шизофренического спектра может способствовать выявлению определенной группы пациентов (например, рефрактерная шизофрения, не поддающаяся лечению) с различным течением заболевания и особыми требованиями в отношении лечения, наблюдения, реабилитации социальной и нейрокогнитивной. Тем не менее, мы должны помнить, что исследования, проведенные в отношении других психических расстройств, показывают

довольно противоречивые результаты, поэтому в настоящее время мы не можем говорить о специфике NSS для психоза в целом и шизофрении в частности. Поэтому необходимо исследовать эти двигательные признаки по следующим причинам: 1) непосредственно проверить ассоциацию между поведением и функцией мозга при шизофренических расстройствах; 2) понять неврологическое развитие при шизофрении и 3) достижение новых терапевтических целей или фармакологических методов лечения с меньшими побочными эффектами.

Цель исследования: определить особенности мягких неврологических признаков (NSS – Neurologicalsoftsigns) и возможность их коррекции у больных шизофренией с включением нейромоторных упражнений в структуру танцевально-двигательной сессии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов, получающих лечение в ГПБ №6 и 40 пациентов, получающих лечение в ПБ Святого Николая Чудотворца. Из них 90 женщин и 40 мужчин с диагнозом F 20.00 и F 20.01. Все являются инвалидами II группы. Возраст 28-56 лет. 100 пациентов получали индивидуальную танцевально-двигательную терапию в количестве 10 сессий два раза в неделю с опорой на нейромоторную составляющую данного метода, т.е. серию упражнений на координацию движений. Из них при первичном обследовании моторных функций нарушение координации по шизофреническому типу было диагностировано у 57%, кататонические симптомы были выявлены у 6%, органические нарушения моторики у 37%. 30 пациентов обследовались с помощью психомоторных методик в состоянии обострения (с разрешения лечащего врача) и танцевально-двигательную терапию не получали. Все пациенты получали фармакологическое лечение в соответствии с актуальным состоянием на момент исследования. Для объективизации результатов исследования использовалась методика «КМСЕ» Рамос Валерио (2019) позволяющая оценить в комплексе коммуникативную, моторную, социальную и эмоциональную составляющие состояния пациентов. Использовался графический вариант методики который отражался в истории болезни.

Результаты и их обсуждение. Единство мозга складывается из деятельности двух полушарий, тесно связанных между собой системой нервных волокон (мозолистым телом). Мозолистое тело необходимо для координации работы мозга и передачи информации из одного полушария в другое. Нарушение межполушарного взаимодействия искажает познавательную деятельность больных психическими заболеваниями. Нейромоторные упражнения представляют собой особый комплекс упражнений мелкой моторики и координации движений, часто нарушенной у больных шизофренией. Нейромоторные упражнения плавно вписываются в структуру сессии танцевально-двигательной терапии. Выполнение данных упражнений благоприятно влияет на его когнитивное развитие, межполушарное взаимодействие, нейронные процессы (скорость работы мозга).

По обследованным пациентам, получившим танцевально-двигательную (нейромоторную) терапию можно отметить следующее. В группе больных шизофренией с нарушениями координации и пространственной ориентации по шизофреническому типу у 57% из 100 пациентов, удалось получить наибольший эффект моторной коррекции. Также из 6 пациентов с кататонией у 4-х удалось провести коррекцию симптоматики. Что касается пациентов с органическими поражениями головного мозга, у 37% из 100 значительных успехов в динамике моторной сферы достичь не удалось, но эмоциональный фон и внимание значительно повысились. С помощью нейромоторной коррекции удалось открыть пациентов для вербальных контактов.

Заключение. Моторика, как первичный психический процесс, разрушается последней, поэтому может быть главной мишенью психотерапии у больных психическими заболеваниями. Вербальная психотерапия требует устойчивых когнитивных связей, но у больных шизофренией происходит возбуждение вербальных центров коры полушарий

головного мозга, которые работают патологически. Притормозить эти возбуждающие процессы наиболее эффективно можно, применяя любую другую деятельность, отличную от когнитивного понимания. В данном случае - танцевально-двигательная терапия с включением нейромоторных упражнений. Нейромоторные упражнения понятны для пациентов. Они могут сами отследить успешность и динамику их выполнения. «Что-то я сбился, давайте повторим ещё раз. Сегодня уже лучше получается. Мне сложно сконцентрироваться и т.д.» К восьмой сессии уже можно вставлять танцевальные упражнения под музыку, таким образом повышая эмоциональную наполненность сессии и ритмичность воспроизведения. Но это должна быть целенаправленная деятельность для конкретных больных, проводимая профессионалами, что подтверждается участием в исследовании двух клинических психологов и танцевально-двигательных терапевтов в разных психиатрических стационарах по одной методике проведения.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ПАЦИЕНТАХ, КОТОРЫЕ ПРОШЛИ ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

Орлов Д.Н.

СПБ ГБУЗ ПНД № 8

Санкт-Петербург

**Catamnestic information about transgender patients who have undergone gender affirmative
procedures**

Orlov D.N.

В существующее время у многих специалистов с психиатрическим образованием по-прежнему отмечается недостаточный уровень подготовки в области диагностики и ведения пациентов с расстройством гендерной идентичности. Это снижает качество и своевременность оказания медицинской помощи таким пациентам и лишает их выбора. Вместе с этим, оказавшись у специалиста, который находится под властью предрассудков, пациенту выставляется ошибочный диагноз, что имеет только негативные последствия. В итоге пациенты вместо помощи от врача, сталкиваются с нарушением своих прав и дополнительными страданиями, которые вместе мучениями от гендерного несоответствия увеличивают суицидальный риск.

Еще одна из актуальных проблем – отсутствие единого стандарта оказания помощи пациентам с гендерным несоответствием. По этой причине медицинские учреждения самостоятельно устанавливают сроки наблюдения перед направлением на врачебную комиссию. Есть случаи, когда пациенты с установленным диагнозом F64.0 так и не смогли получить направление на врачебную комиссию для получения справки 086/у

Целью исследования явилась оценка последствий гендерно аффирмативных процедур для пациентов с диагнозом F 64.0

Материал и методы. Пациенты – 37 человек, (трансмужчины) обращались в Городской Сексологический Центр в период с 2019 по 2021 года для психиатрического освидетельствования по направлению РВК. В диагностике использовались кинико-анамнестический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования

Результаты. У 34 пациентов не было обнаружено психических и поведенческих расстройств кроме диагноза F 64.0 в фазе адаптации. Также отмечалось существенное снижение выраженности проявления гендерной дисфории. Сами пациенты также субъективно отмечали улучшение своего самочувствие и связывали это с гендерно-

аффирмативными процедурами, а именно: гормональной терапией, хирургическими операциями и сменой документов.

У 2 пациентов по результатам исследования поставлены диагнозы F 64.0 в фазе адаптации и F 31.7. У одного пациента диагностировано бредовое расстройство, по поводу которого он лечится у психиатра. Пациенты с коморбидными расстройствами социально адаптированы и на момент обследования не имели выраженных психопатологических синдромов.

Выводы. Подробное изучение катамнеза трансгендерных пациентов, которые прошли гендерно-аффирмативные процедуры, показывает, что гормонотерапия, смена документов на желаемый гендер и хирургические операции являются эффективными способами лечения гендерного несоответствия даже для пациентов с коморбидными психическими расстройствами.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКИМИ КОГНИТИВНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА**

Пономарева Е.В. Крынский С.А.

ФГБНУ НЦПЗ, отделение гериатрической психиатрии

Москва

**Clinical and immunological correlations of cognitive deficit progression in patients with
amnesic mild cognitive impairment**

Ponomareva E.V., Krynskiy S.A.

Прогрессированию нейродегенерации при амнестических легких когнитивных нарушениях (аМСІ) способствует длительная латентная активация нейровоспаления. Изучение влияния иммунологических характеристик на прогрессирование когнитивных функций у пациентов с МСІ является важным шагом в разработке персонализированного подхода к диагностике аМСІ.

Цель исследования: определить долгосрочный (трехлетний) прогноз прогрессирования когнитивного дефицита у пожилых людей с аМСІ, а также выявить клинические и биологические взаимосвязи между динамикой течения аМСІ и рядом иммунологических показателей с целью их возможного использования в качестве потенциальных маркеров при предварительной диагностике БА.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на клиническом и катамнестическом наблюдении за 75 пациентами с аМСІ, которые наблюдались амбулаторно в Исследовательском центре психического здоровья с 2018 по 2020 год. Участники исследования прошли общеклиническое обследование и оценку когнитивных функций с использованием батареи нейропсихологических шкал и тестов после подписания протокола информированного согласия (MMSE, MoCA, тест на запоминание 10 слов, BNT, шкала Векслера, CDT, тест на запоминание 5 геометрических фигур, тест Бентона, звуковые ассоциации и категориальные ассоциации, тест Мюнстерберга. У всех пациентов определяли уровень функционально связанных маркеров воспаления: цитокинов (TNF α , IL-1, IL-6, IL-8, IL-10) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием диагностических наборов производства ООО Цитокин, а также определение ферментативной активности лейкоцитарной эластазы (LE) ферментативным спектрофотометрическим методом.

Результаты: Клинико-катамнестическое обследование пациентов с аМСІ, исходно значимо не различавшихся по показателям когнитивного функционирования, обнаружило,

что в течение 3х лет они претерпели различную динамику синдрома аМСІ. Оказалось, что в большинстве случаев, а именно в 42,9%, встречался вариант со стабильным состоянием когнитивного функционирования. У 26,6% пациентов в течение 3 лет произошло выраженное прогрессирование когнитивного дефицита (ухудшением оценки по МоСА на 3 балла и более) или с переходом в деменцию. В относительно небольшой части наблюдений отмечалось минимальное улучшение когнитивных функций (18,7%) и их минимальное ухудшение (11,8%). Оценка иммунологического профиля у пациентов с аМСІ позволила выявить клинико-биологические корреляции между трехлетней динамикой когнитивного функционирования и исходными иммунологическими характеристиками. Анализ полученных результатов иммунологического исследования показал наличие статистически достоверного увеличения провоспалительных цитокинов: IL1 (10,3+8,7), IL6 (27,1+60,4), IL8 (27,1+60,4) в периферической крови у пациентов с последующим выраженным прогрессированием когнитивного дефицита или переходом в деменцию за период катамнеза по сравнению с пациентами, у которых в течение 3х лет когнитивное функционирование минимально ухудшилось, оставалось стабильным или улучшилось. В отличие от активизации процессов нейровоспаления в группе пациентов с выраженным прогрессированием когнитивного дефицита в катамнестической группе пациентов с улучшением когнитивных функций, напротив, исходно выявлялось статистически достоверное увеличение показателя противовоспалительного цитокина IL10 в крови (соответственно: 14,2+9,2).

Выводы. Наличие признаков хронической системной воспалительной реакции низкого уровня у пациентов с синдромом аМСІ является критерием неблагоприятного прогноза: в течение трех лет у таких пациентов значительно прогрессирует когнитивный дефицит или развивается деменция вследствие болезни Альцгеймера.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C19 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж.

ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ"

Москва

**Effect of the CYP2C19 gene polymorphism on the effectiveness of therapeutic and
rehabilitation measures in patients with psychostimulant dependence**

Poplevchenkov K. N., Agibalova T. V., Zastrozhin M. S., Buzik O. Zh.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения последние десятилетия наблюдается рост потребления как традиционных психостимуляторов (кокаин, амфетамин, метамфетамин и др.), так и новых психоактивных веществ, среди которых доля психостимуляторов составляет 36%. Увеличивается количество пациентов с зависимостью от психостимуляторов во всем мире и в России в частности. Цель исследования: разработка персонализированного подхода к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма гена CYP2C19. Материалы и методы. В исследование вошли 325 пациентов, находящиеся на лечении в клинике МНПЦ наркологии ДЗМ, с диагнозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина, других психостимуляторов, одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ (при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов)» (F14.2, F15.2, F19.2 по МКБ-10), мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские. Методы: клинико-

психопатологический, молекулярно-генетический, анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катамнестического наблюдения, статистический. Результаты. Все больные были распределены на группы в зависимости от вариантов употребления психоактивных веществ (ПАВ). В первую группу (74 человека – 24,2%) вошли больные с зависимостью только от психостимуляторов. Вторая группа - 67 человек (22%) с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов. Третья группа - 44 человека (14,4%) - пациенты с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). Четвертая группа - 48 пациентов (15,7%) употребляющих психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятая группа - 45 пациентов (14,7%) которые имели зависимость от нескольких ПАВ одновременно, в том числе зависимость от психостимуляторов. Шестая группа - 47 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную психиатрическую патологию. У 35 больных (74%) из 6 группы психиатрическая патология была представлена шизотипическим расстройством, у 9 человек (18,5%) был диагностирован депрессивный эпизод разной степени тяжести, у 3 пациентов (7,4%) наблюдалось генерализованное тревожное расстройство. Коморбидная патология у больных 2-5 групп была представлена расстройствами личности (от 74,6 до 93%). У больных 1 группы расстройства личности встречались значительно реже – 37%. В организме человека основной путь биотрансформации Эсциталопрама осуществляется при помощи цитохрома CYP2C19. У большинства больных 1 группы был выявлен генотип CC полиморфного варианта CYP2C19*17 (77%) и генотип GG полиморфного варианта CYP2C19*2 (84%). У этих больных была нормальная скорость метаболизма Эсциталопрама. В других группах было больше пациентов с полиморфизмами СТ и ТТ аллельного варианта CYP2C19*17 и сверхбыстрым метаболизмом Эсциталопрама, а так же с генотипами GA и AA аллельного варианта CYP2C19*2 и замедленным или отсутствием метаболизма Эсциталопрама. Как следствие, у больных 2-6 групп чаще встречались жалобы на тошноту при приеме Эсциталопрама. Клинически это выражалось в достоверно большем количестве пациентов среди больных 1 группы, которым для купирования аффективных нарушений и стабилизации психического состояния было достаточно монотерапии Эсциталопрамом. Большинству больных 2-6 групп приходилось назначать антидепрессанты из других групп и дополнительную психофармакотерапию. Было установлено, что полиморфизм гена CYP2C19 влияет на эффективность реабилитации пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Пациенты с генотипом CC полиморфного варианта CYP2C19*17 и GG полиморфного варианта CYP2C19*2 чаще соглашались пройти курс реабилитационной программы после выписки из клиники во всех группах. Заключение. На основе полученных результатов можно выделить персонализированные профили пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Первый профиль: зависимость только от психостимуляторов, отсутствие коморбидной патологии, гомозиготный генотип CC аллельного варианта CYP2C19*17 и гомозиготный генотип GG аллельного варианта CYP2C19*2. Для купирования аффективных нарушений и стабилизации психического статуса достаточно монотерапии Эсциталопрамом. Для прохождения курса стационарной и амбулаторной реабилитационной программы эффективна обычная мотивационная психотерапевтическая работа в постабстинентный период. Второй профиль: пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ, наличие сопутствующей коморбидной психиатрической патологии, генотипы СТ и ТТ аллельного варианта CYP2C19*17 и GA и AA аллельного варианта CYP2C19*2. Для купирования аффективных нарушений не эффективна монотерапия Эсциталопрамом. Рекомендованы антидепрессанты других групп и комбинированная психофармакотерапия. Рекомендована

интенсивная мотивационная работа с первых дней нахождения в клинике с целью удержания пациента в рамках лечебно-реабилитационной программы.

**ТРАДИЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ДОСТИЖЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК ОСНОВА
СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ПСИХОТЕРАПИИ**

Проскуряков А.П., Тимербулатова Э.С.

**МБУ Центр психолого-педагогической поддержки молодежи "Радуга"
Новосибирск**

**Traditional ways of achieving self-regulation as the basis of modern approaches in
psychotherapy**

Proskuryakov A.P., Timerbulatova E.S.

Высокий темп современной жизни, необходимость разрешать рутинные повседневные задачи создают фундамент к возникновению расстройств психологического, психического, неврологического и соматического плана. Возрастающий поток информации, обрушивающийся ежедневно на человека общества потребления генерирует расщепление целостного восприятия себя, тело резонирует напряжением, как следствие, нарастают деструктивные процессы в органах и системах.

Актуальность данной темы заключается в поиске оптимальных доступных средств достижения результата по самоуправлению психическим и физическим состоянием, формирования пускового механизма самоконтроля.

Цель исследования - анализ саморегулирующих практик, способствующих преодолению кризисных ситуаций и погашения стрессорного воздействия.

Наиболее известные с древних времен являются дыхательные практики и способы саморегулирования, полученные эмпирическим путем, трансформированные в наше время путем слияния и оптимизации этих знаний. Практики в традициях У-Шу, Ци-Гун, Ней-гун, Йога рекомендуют диафрагмальное дыхание, достижение желаемого психического состояния достигается посредством регулярных тренировок. Позднее возникли практики медитаций, в том числе динамические медитации. К древним формам достижения самоуправления относятся также практики закаливания. В основе лежит механизм волевого физического воздействия на психическое состояние через физиологические функции, как следствие, происходит оздоровление организма.

Впоследствии возникли и получили развитие техники аутогенной тренировки, вошедшие в практический инструментарий психотерапевтов, нейрофизиологов. В современной психологии для развития саморегуляции активно применяются техники рациональной и когнитивной психотерапии, предполагающие работу с установками, паттернами мышлениями и т.д. Среди методик саморегуляции развиваются самовнушение, самоисповедь, интроспекция и т.д. Одним из важнейших условий результативности их применения - практикующий должен быть зрелой, организованной, самодостаточной личностью. Внимание практикующего сосредоточено на мыслительной деятельности, основывается на работе сознания.

Все вышеперечисленные техники доказали свою эффективность, но требуют значительного количества времени и ресурсов, отсутствие внешних раздражителей, наличие специального помещения, оборудования. Это затрудняет их прикладное использование.

По доступности и простоте выполнения наиважнейшими, на наш взгляд, являются дыхательные практики, так как не дышать мы не можем. У человека, не владеющего техниками саморегуляции, смена режимов дыхания происходит спорадически,

бессознательно, согласно биохимическим процессам тела. Дыхание характеризуется неконтролируемой сменой циклов грудного, диафрагмального и смешанного типов. Так, грудное дыхание в норме используется в таких динамических физических процессах, как бег или борьба; однако, если грудное дыхание не сопровождается соответствующей физической нагрузкой, тогда начинает преобладать общий агрессивно-тревожный эмоциональный фон.

В случае, когда требуется концентрация мыслительных и физических возможностей, мы предлагаем технику контролируемого вдоха. Под контролируемым вдохом мы понимаем процесс дыхания, совмещенный с группировкой произвольных мышц тазового дна. Биомеханика процесса основывается на упреждении вдоха включением произвольно управляемых мышц тазового дна с последующим подключением поворота головы. Произвольные мышцы регулируются корой головного мозга, что, в свою очередь, увеличивает активность головного мозга, активизируется работа высших психических функций, происходит выброс дофамина. Поворот головы активизирует нейроны-детекторы новизны, в следствии чего также увеличивается количество дофамина в крови. На психологическом уровне формируется установка на поиск нового, оценка происходящего вокруг как положительного ресурса, вызывающего в целом исследовательский интерес, фоновую активность, чувство радости.

При корректной отработке комплекса выше обозначенные движения выполняются легко, не требуют особых условий и специальной физической подготовки. Практика показывает, что даже при единичном выполнении данного комплекса упражнений достигается положительный эффект, улучшение психического и соматического состояния, клиент получает инструмент для самостоятельной коррекции, практически не имеющий противопоказаний. В настоящее время накоплен опыт применения у клиентов разных возрастов – от 4 до 85 лет - и широким диапазоном запросов, послуживших поводом для обращения к специалистам. За 16 лет применения в практике профессиональной детальности в случаях систематического применения клиентами данных рекомендаций фиксируется стойкое улучшение и восстановление ранее утраченных функций.

Анализ существующих саморегулирующих практик показывает, что при всем их разнообразии и несомненном положительном эффекте, они занимают много времени, что делает их не всегда доступными для современного человека. Также они не учитывают определенные особенности физиологии человека, которые стали известны за последние сто лет при фундаментальном изучении физиологии головного мозга. Мы предлагаем альтернативный подход, интегрирующий работу телесного и сознательного, синтез физического и психического аспектов, с учетом рефлекторных механизмов формирования психофизических реакций.

СТРАТЕГИЯ ИЗБЕГАНИЯ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К СОМАТИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Рагозинская В.Г.

ФГБОУ ВО "Челябинский государственный университет"

Челябинск

Avoidance strategy and predisposition to somatization in university students

Ragozinskaya V.G.

Способность студента справляться со стрессом, сохраняя необходимый для успешной деятельности уровень психического и физического здоровья, во многом зависит от эффективности используемых им копинг-стратегий. В ряде исследований отмечено, что копинг-поведение и соматическое здоровье образуют тесные двусторонние связи, причем проблемно-ориентированный копинг отрицательно связан с показателями соматизации, тогда как стратегия избегания может приводить к различным психосоматическим декомпенсациям [Folkman S. et al., 1986; Исаева Е.Р., 2009; Panayiotou G. et al., 2014; Ж.К. Айдосова и соавт., 2018; Leonidou C. et al., 2019]. Показано, что лица с симптомами соматизации отличаются более высокими показателями стратегии избегания [С. Leonidou et al., 2019], тогда как высокий уровень избегания опыта (подавление нежелательных переживаний, - показатель негибкого избегающего совладания) у здоровых подростков и молодых людей позволяет прогнозировать психосоматические симптомы [G. Panayiotou et al., 2014]. Однако особенности взаимосвязи стратегии избегания и предрасположенности к соматизации у студентов вуза изучены недостаточно.

Цель исследования – изучить взаимосвязи между стратегией избегания и предрасположенностью к соматизации у студентов вуза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 условно здоровых студентов очного отделения университета (возраст 18-20 лет). Применялись опросники: «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (CISS) Н. Эндлера и Дж. Паркера (адаптация Т.Л. Крюковой), «Опросник способов совладания» (WCQ) Р. Лазаруса и С. Фолкман (адаптация Е.В. Битюцкой), «Гиссенский опросник соматических жалоб», «Психовегетативный опросник» М.Е. Сандомирского, «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R) Л. Дерогатис (адаптация Н.В. Тарабриной). Метод математико-статистического анализа – критерий Спирмена.

Результаты и их обсуждение. У большинства испытуемых все исследуемые параметры соматического статуса соответствуют норме. Среди копинг-стратегий преобладают проблемно-ориентированный копинг.

Показатели избегания (методика CISS) образуют значимые прямые связи с показателями симпатикотонии ($r=0,301$; $p\leq 0,01$), соматизации ($r=0,243$; $p\leq 0,05$) и «давления жалоб» ($r=0,238$; $p\leq 0,05$).

Показатели избегания (методика WCQ) образуют прямые связи с показателями симпатикотонии ($r=0,277$; $p\leq 0,01$).

Иными словами, чем более выражены преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпатическим, проявления соматизации и общая интенсивность соматических жалоб, тем выше показатели стратегии избегания.

Согласно современным представлениям, создание и поддержание определенного функционального состояния, адекватного текущей деятельности, опирается на тонкий баланс активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, позволяющий быстро мобилизовать функциональные ресурсы (симпатотония), поддерживать стабильное функциональное состояние с экономным расходом ресурсов (ваготония), оперативно обращаться к доступным ресурсам, рационально их

распределять и расходовать (высшие регуляторные центры) [А.Б. Усенко, К.А. Кузьмина, 2011]. Встреча со стрессором приводит к повышению напряжения механизмов регуляции и активности симпатической нервной системы, что способствует мобилизации и более эффективному совладанию с трудностями. Однако гиперсимпатикотония при дефиците вагусных влияний может обуславливать снижение общего уровня эффективности системы произвольной саморегуляции индивида. У студентов с исходным гиперсимпатическим тонусом встреча со стрессором приводит к истощению функциональных резервов организма, что ограничивает доступ к копингам, ориентированным на разрешение проблемы и на конструктивное регулирование собственного эмоционального отклика на ситуацию стресса. Поэтому эти студенты вынуждены использовать стратегию избегания, позволяющую временно снизить уровень психического и физиологического дистресса. Это согласуется с данными литературы о том, что неконструктивный копинг «активное избегание» типичен для периода наибольшего психического напряжения [Е.И. Чехлатый, 2007].

Несмотря на то, что первоначально избегание способствует уменьшению дистресса (и, тем самым, оно негативно подкрепляется), хроническое избегание в конечном итоге может иметь парадоксальный эффект в виде повышения активации симпатического отдела вегетативной нервной системы и соответствующего усиления физиологических реакций, в частности, частоты сердечных сокращений [J. Gross & R. Levenson, 1997; Е.Р. Исаева, 2009; С. Leonidou & G. Panayiotou, 2021]. Это позволяет предположить, что связи между избеганием и соматизацией носят двунаправленный характер и действуют по принципу «психосоматической спирали».

Закключение. Согласно результатам проведенного исследования, более частое использование стратегии избегания как преобладающего способа совладания с жизненными трудностями связано с выраженными проявлениями соматизации и симпатикотонии. Предполагается, что эти связи носят двунаправленный характер.

ОБ ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ КАК ОСНОВЕ (ЕДИНОЙ) ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Ронзин Д. В.

Самозанятый

Санкт-Петербург

**On the general psychological theory of personality as the basis of the (unified) theory of
psychotherapy**

Ronzin D. V.

Б.Д. Карвасарский много работал над научным обоснованием психотерапевтической практики, созданием теории психотерапии. В этой связи он отмечал междисциплинарную природу психотерапии как научной дисциплины, интегрирующей достижения целого ряда смежных естественно-научных и гуманитарных дисциплин, в том числе психологии.

В целях продвижения по пути создания (единой) теории психотерапии и, развивая приведенные идеи Д. Б. Карвасарского, хочется обратить внимание на уникальную в отечественной психологии теорию психических процессов Л. М. Веккера, в которой на основе единого категориального аппарата рассматриваются все основные психологические феномены, относящиеся к трем группам психических процессов (когнитивных, эмоциональных и регуляционно-волевых), а также так называемые сквозные процессы (относящиеся к всем этим трем группам) - внимание, память, воображение и речь.

К сожалению, Веккер не успел развернуто изложить общепсихологическую теорию личности, в которой личность должна быть рассмотрена в соотношении с другими психическими образованиями, то есть, как частный случай психических образований разного вида и уровня. Тогда свойства личности должны логически выводиться как закономерные следствия системных особенностей личности как психического образования, являющегося носителем этих свойств. Такой подход к рассмотрению личности отличает, по мнению Веккера, общепсихологическую теорию личности от персонологии, в которой личность рассматривается со стороны ее свойств, без сопоставления с другими психическими образованиями.

Важнейшим достижением Веккера является формулирование онтологической сущности личности как «психического субъекта», который, в сравнении с физическим субъектом, является психическим носителем психических свойств (физический субъект является физическим носителем психических свойств). Таким образом появляется идея об иерархии субъектов или иерархии носителей свойств и, в связи с этим, уточняется соотношение между концептами «свойство» и «носитель свойства». Веккер предлагает рассматривать это соотношение как подобное соотношению концептов «функция» и «ее производная», так как свойство производно по отношению к своему носителю. Тогда иерархия носителей может рассматриваться как иерархия производных n -го порядка от исходного носителя. Тогда личность как психический субъект является производным свойством n -го порядка от своего исходного физического носителя (тела). Этот вывод является теоретическим обоснованием наличия телесных «корней» личности и открывает реальную перспективу для открытий в области научных обоснований и теоретических объяснений конкретных механизмов действия различных приемов телесно-ориентированной психотерапии.

Веккер также высказал догадку о психофизиологическом механизме, позволяющем человеку чувственно, сенсорно различать непосредственное переживание своего тела и непосредственное переживание себя как психического субъекта, своего Я. Веккером теоретически обоснована наша способность непосредственно переживать собственное Я как определенное психическое образование, состоящее из определенной «психической ткани».

Это создает возможности новых исследований и открытий того, как именно ощущается, воспринимается, переживается человеком наше Я на разных этапах его становления и как связаны особенности переживаний человеком своего Я с возможностями и ограничениями его психического функционирования.

В этой связи интересно сопоставить между собой эмпирические обобщения, накопленные в психотерапии относительно структурных характеристик и функционирования личности, с одной стороны, и результаты экспериментально-теоретических общепсихологических исследований разных психических образований (напр., ощущения, восприятия, представления, мысленных инвариантов разного уровня).

Так, известно, что психотический, пограничный и невротический уровни развития личности различаются между собой по возможностям личностного функционирования и, одновременно, по таким структурным характеристикам, как устойчивость (константность), целостность, автономность, идентичность Я. Во-первых, есть основания считать, что эти характеристики являются не только характеристиками Я, или личности как психического образования, но и характеристиками непосредственного ощущения, восприятия, переживания своего Я. Во-вторых, аналогичные соотношения обнаружены между уровнем сформированности, например, образа предмета и возможностями управления физическими движениями по отношению к этому предмету.

В связи с этим, рассмотрение различных действий психотерапевта как фактора, влияющего на улучшение ощущения, восприятия, переживания клиентом собственного Я,

делают более понятным суть работы психотерапевта. Совместное с клиентом «вчувствование», детальное исследование переживаний клиента, определение в словах того, что с ним происходит, фактически способствует формированию более полного, целостного, устойчивого переживания клиентом собственного Я, а это и приводит к увеличению возможностей личностного функционирования клиента.

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Руденко С.Л.

НИУ "БелГУ", кафедра общей и клинической психологии

Белгород

Violation of social perception in patients with neurosis-like schizophrenia with hysterical syndrome

Rudenko S.L.

Изучение нарушений социальных метарепрезентаций при шизофрении является популярным направлением научного поиска. Проведены исследования характера распознавания больными эмоций по мимике и пантомимике. Описаны особенности предвидения социальных ситуаций. Выстроены теории, по-разному трактующие факторы имеющихся дефицитов, от ведущей роли нейрофизиологических коррелятов социального восприятия до характеристик автобиографической памяти и речи. Показано влияние выявленных нарушений на снижение социального статуса.

Вопрос специфики социального восприятия у больных с неврозоподобными симптомами является недостаточно разработанным. Проанализировано влияние механизмов психологической защиты больных. Описан ригидный когнитивный стиль, определяющий избирательную фильтрацию, подмену смыслов или игнорирование социальной информации. Выявлена ограниченность поведенческих стратегий и склонность к самоизоляции. В связи с высокими темпами инвалидизации данного контингента сегодня особенно значим поиск дополнительных критериев неврозоподобной шизофрении, открывающий возможность ранней постановки точного диагноза и оказания своевременной помощи.

Гипотеза исследования: у больных неврозоподобной шизофренией с истерическим синдромом отмечается выраженное нарушение социального восприятия, взаимосвязанное с позитивными и негативными симптомами.

Цель исследования состоит в выявлении нарушения социального восприятия у больных неврозоподобной шизофренией с истерическим синдромом.

Материалы и методы.

В исследовании применены следующие методики:

1. Для составления клинико-психопатологической характеристики больных применены Шкала оценки позитивных и негативных симптомов «PANSS» S.R. Kay, L.A. Opler, A. Fiszbein - С.Н. Мосолова, «Шкала самооценки уровня тревожности» Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина, «Шкала депрессии» А.Т. Вебк - В.Н. Тарабриной, «Шкала социальной ангедонии» M.I. Ekcbled, L.G. Chermen, M. Mishlove - О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой.
2. Оценка социального восприятия осуществлена с помощью тестов «Распознавание эмоций» Н.Г. Гаранян, «Поза и жест» Н.С. Курека, а также «Социальный интеллект» J.P. Guilford, M.O. Sullivan - Е.С. Михайловой.

Полученные данные обработаны в SPSSStatistics 17.0.1.. Реализованы подсчет среднего, стандартного отклонения, процедура вычисления F-критерия Фишера и корреляционный анализ Спирмена.

Изучение больных проводилось на базе бюро № 5 ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области». Основную группу составили 60 мужчин и 60 женщин с неврозоподобной шизофренией в возрасте от 25 до 50 лет и длительностью заболевания от 1 до 25 лет. На момент обследования все больные находились в стадии ремиссии.

Группу контраста образовали здоровые люди численностью 120 человек. Значимые расхождения с основной группой в половом (60 мужчин и 60 женщин) и возрастном (от 25 до 50 лет) аспектах отсутствуют.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам шкалы «PANSS» в группе больных шизофренией отмечается преобладание негативных симптомов над позитивными в диапазоне средних значений. Фиксируются демонстративность, не связанная с желанием показать себя с лучшей стороны, свехобщительность без выражения теплоты. В поведении отсутствует гибкость. Отмечаются признаки утраты произвольности фантазий, склонность к мифомании. Для уточнения статуса исследуемого контингента по параметру тревожности применена «Шкала самооценки уровня тревожности». Выявлен высокий уровень личностной тревожности и умеренный реактивной. Диагностика с помощью «Шкалы депрессии» показала наличие выраженной депрессии (средней тяжести). Больные выражают карикатурное отчаяние, совершают аутодеструктивные действия шантажного характера. Проявляется регрессивная синтонность,. По итогам применения «Шкалы социальной ангедонии» основной состав обследуемых имеет средние показатели снижения удовольствия от общения. В группе контраста по всем параметрам проведенных методик показатели в норме.

Анализ собственно социального восприятия больных реализован с помощью тестов «Распознавание эмоций» и «Поза и жест». Несмотря на различную направленность данных инструментов, в завершении получены аналогичные результаты. Проявляются значительные сложности расшифровки страдания и страха. Распознавание презрения и удивления происходит с ошибками. Определение гнева и радости наиболее доступно. Мимическое выражение всех сложных эмоций истолковывается с большим количеством ошибок. Распознавание простых стимулов - гнева и радости на высоком уровне. Прослеживается связь с шириной набора перцептивных элементов предъявляемых стимулов.

Выявление особенностей интеллектуального компонента социального восприятия реализовано посредством теста «Социальный интеллект». Больные обнаруживают низкие показатели по всем субтестам. Выявлены существенные сложности анализа социальных ситуаций. Фиксируется неспособность понять в деталях особенности состояния другого человека. Очевиден недоучет нормо-ролевых поведенческих стандартов. Безразличие к вопросам конгруэнтности своего коммуникативного поведения. В группе контраста оценки выше средневыборочной нормы.

Методом ранговой корреляции Спирмена выявлены наиболее весомые связи по параметрам интеллектуального компонента. Субтест «Истории с завершением» диагностирует доступность познания результатов поведения. Связан значимой обратной связью с негативными и позитивными симптомами, включая реактивную тревожность. Субтест «Группы экспрессии» выявляет способность к идентификации классов поведения. Имеет тесную обратную связь с негативными симптомами, включая депрессию, и позитивными. Субтест «Вербальная экспрессия» определяет качество познания преобразований поведения. Отмечается статистически достоверная обратная связь с социальной ангедонией, а также негативными и позитивными симптомами. Субтест

«Истории с дополнением» измеряет уровень познания систем поведения. Выявлена значимая обратная связь с негативными симптомами и позитивными, включая личностную тревожность.

Следовательно, понимание больными последствий поведения героев, логическое обобщение, способность видеть траекторию развития ситуаций взаимодействия тем более нарушено, чем ярче клиническая симптоматика. Характеристики интеллектуального компонента социального восприятия являются наиболее чувствительными к патогномичным маркерам шизофренического процесса и обуславливают меру удовольствия от общения.

Таким образом, у больных невротоподобной шизофренией с истерическим синдромом выявлено выраженное нарушение социального восприятия, взаимосвязанное с позитивными и негативными симптомами.

Заключение. Результаты исследования перцептивного компонента социального восприятия больных невротоподобной шизофренией с истерическим синдромом показали выраженные трудности распознавания эмоций по мимике и пантомимике. Распознавание всех сложных эмоций истолковывается с большим количеством ошибок. Прослеживается связь с широтой набора перцептивных элементов предъявляемых стимулов. Изучение интеллектуального компонента вскрыло существенные сложности анализа социальных ситуаций. Обследуемые ошибочно истолковывают коммуникативные послы без учета контекста. Недостаточно понимают связь между поведением и его последствиями. Нарушение социального восприятия больных связано с клинической симптоматикой, объясняющей недостаточную направленность на определение сложных состояний и нетипичных социальных ситуаций.

ФЕНОМЕН ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАК СПОСОБ «АУТОПСИХОТЕРАПИИ»

Русина Н.А., Димова В.Н., Соловьева А.Д.

**Ярославский государственный медицинский университет, кафедра клинической
психологии
Ярославль**

**The phenomenon of post-traumatic growth of cancer patients as a method of
"autopsychotherapy"**

Rusina N. A., Solovyova A.D., Dimova V. N.

Одним из широко известных объяснений личностного роста после травмы является теория посттравматического роста (PTG). Это термин (Tedeschi and Calhoun), используемый для обозначения положительных психологических изменений, вызванных борьбой людей с трудными обстоятельствами. Считается, что многие типы травматических событий стимулируют PTG. Опыт диагностики и лечения рака является стрессовым и потенциально травмирующим. Обнаружение того, что у человека опасное для жизни заболевание, может быть шокирующим и травматичным, потому что сам диагноз оказывает травматическое воздействие на жизнь некоторых пациентов, а течение болезни часто подрывает предположения людей о неуязвимости, предсказуемости и контроле. Тем не менее, многие пациенты, пережив неприятное известие, проявляют рост просоциального поведения через оказание помощи пациентам с более тяжелым состоянием, выполняют волонтерскую работу. «Экзистенциальное тяжелое положение рака» может относиться к тому, что сейчас известно в современной литературе как «поиск смысла» - нормативный, но тревожный психологический процесс.

Цели: 1) изучить, какие факторы могут усилить или ослабить жизнестойкость и экзистенциальную мотивацию онкологических больных; 2) изучить взаимосвязь между жизнестойкостью, посттравматическим ростом и результатами психического здоровья; 3) обсудить влияние жизнестойкости на процесс выздоровления от болезни, а также клинические последствия этого воздействия.

Материалы и методы исследования: 30 человек с онкологическими заболеваниями от 30 лет на базе ЯОКОБ; 30 человек без онкологических заболеваний, в возрасте от 30 лет. Тест экзистенциальных мотиваций (1-я фундаментальная мотивация (ФМ) — Фундаментальное доверие; 2-я ФМ — Фундаментальная ценность; 3-я ФМ — Самоценность; 4-я ФМ — Смысл жизни). Тест жизнестойкости С. Мадди The Personal Views Survey III-R (2001). (Шкалы теста: Вовлеченность. Контроль. Принятие риска). Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. (Шкалы теста: Конфронтационный копинг. Дистанцирование. Самоконтроль. Поиск социальной поддержки. Принятие ответственности. Бегство-избегание. Планирование решения проблемы. Положительная переоценка). Непараметрический критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение: В группе онкологических больных в сравнении с группой «здоровых» респондентов значимо выше общий показатель 1 фундаментальной мотивации (ФМ): «опора» и «пространство», что характеризует их как людей, которым необходимо пространство для жизни и развития, а также как имеющих по жизни надежную опору. Суть 1 ФМ – «принять и выдержать», что чрезвычайно важно в условиях болезни. Принять означает дорасти до спокойствия в отношении данностей существования, которые прежде вызвали бессильную ярость или желание бежать. У онкологических больных значимо выше показатель жизнестойкости в сравнении с «здоровыми», что означает, что система убеждений онкологических больных устойчива. Они получают больше удовольствия от собственной деятельности, чем «здоровые», как правило, сублимируют в работу. Работа является для них приоритетом в жизни, они успешны в своих достижениях.

Различия между группами «здоровых» и онкологических больных показали, что респонденты «здоровой» группы чаще, чем онкологические больные, используют конфронтативные копинги для решения возникающих проблем. Использование копинга «бегство – избегание» может означать, что в борьбе со стрессом «здоровые» предпочитают агрессивные усилия по изменению ситуации или мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы. Онкологические больные в своей жизни предпочитают предпринимать усилия по созданию положительного значения, фокусирования на саморазвитии. Это подтверждает поиск новых смыслов онкологическими больными. У больных вариант сохранения старых смыслов (и тогда быть в экзистенциальном кризисе) и вариант преобразования смыслов, выстраивания новых.

Корреляционный анализ показал, что у больных выявлена взаимосвязь между шкалами ФМ и жизнестойкости: чем интенсивнее пациенты проявляют первое, тем сильнее они склонны ко второму. Возможно, стремление чувствовать самоценность и понимать свое бытие, видеть в нем смысл, усиливает жизнестойкость больных. Это наводит на мысль о том, что чем сильнее чувство экзистенциальной «исполненности» — глубокого удовлетворения, что задуманное сбывается, что ценности живут благодаря моим стараниям, тем выше жизнестойкость пациентов. Такая связь говорит о том, что у больных на систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром влияют возможность бытия в мире, ценность жизни, самоценность, а также философское (религиозное) осмысление. Такое осознание открывает человеку поле для деятельности, ставит перед ним задачи, позволяя непрерывно стремиться к будущему и к ценностям, которые предстоит в нем воплотить. Жизнь приобретает значимость, ценность и порядок.

Выявлена корреляция между жизнестойкостью и совладающим поведением: субшкалой «планирование решения проблемы». Можно предположить, что у больных, чем выше жизнестойкость, тем выше произвольные проблемно – фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

Наблюдается сильная взаимосвязь между субшкалой жизнестойкости - «принятие риска» и 1, 3 и 4 ФМ: возможностью бытия в мире, нахождением в нём смысла, а также самооценностью. Можно предположить, что онкологические больные, рассматривающие жизнь как способ приобретения опыта и готовые действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, видят своим смыслом жизни возможность самого бытия в мире. Они стремятся чувствовать самооценность и принимать аутентичные решения. Стоит отметить, что больным необходимо осмысление ситуации, возможно, её религиозная составляющая; известие о неизлечимой болезни заставляет задуматься о своём будущем. «Все то, что случается, способствует развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, позитивного или негативного». Такое философское осмысление онкологических больных объясняет их жизнестойкость и принятие риска.

Высокие корреляционные связи наблюдаются между субшкалами «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка». Субшкала «планирование решения проблемы» имеет корреляцию со 2 и 3 ФМ: соотнесение с жизнью как основа для переживания ценностных оснований и осознание права быть собой (индивидуальность, встреча как источник аутентичности). Согласно этим ФМ, человеку необходимо осознавать ценность жизни, а также самооценность. Это говорит о том, что, чем больше онкологические больные прибегают к произвольным проблемно – фокусированным усилиям по изменению ситуации, включающим аналитический подход к решению проблем, тем больше в жизни они стремятся к тому, чтобы им нравилось жить и радоваться жизни, а также к безусловному принятию себя.

Наблюдается корреляция между положительной переоценкой и 2, 3 и 4 ФМ. Можно предположить, что для больных, чем большую ценность имеют сама жизнь, самооценность, а также философское осмысление жизни или религиозные убеждения, тем большую ценность имеет положительная переоценка. Это позволяет им прибегать к попыткам преодоления негативных переживаний за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

Заключение. В группе больных в сравнении с группой «здоровых» значимо выше показатели жизнестойкости, вовлеченности и контроля, стратегия совладания «положительная переоценка». Корреляция между жизнестойкостью и фундаментальными функциями экзистенциальных мотиваций прослеживается для показателей всех четырех ФМ среди больных. Онкологические больные переживают феномен посттравматического роста, о чём свидетельствуют высокие показатели жизнестойкости и экзистенциальной мотивации. Можно считать, что это процесс «аутопсихотерапии». В работе с пациентами наиболее эффективна именно экзистенциальная психотерапия. Для стабилизации их эмоционального состояния успешно применяются методы саморегуляции, эриксоновского гипноза, медитативные техники.

**МЕТОДИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ МОТИВАЦИИ ПРИ
ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Сарайкин Д.М.

ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева"

Санкт-Петербург

**Methods for clinical psychological assessment of motivation disorders in borderline diseases
Saraykin D.M.**

Анализ имеющихся методов для исследования мотивации показал, что к настоящему времени разработан широкий арсенал психодиагностических методик, которые непосредственно или опосредованно позволяют получить какие-либо данные о мотивационной сфере личности. При этом, зачастую психодиагностические методики направлены на исследование лишь узкой изолированной «части» мотивационной сферы, оставляя тем самым многое за пределами своих диагностических возможностей.

Можно также отметить, что в рассмотренных классификациях методов закономерно не упоминаются психодиагностические средства, позволяющие дать комплексную оценку структурным характеристикам мотивации (качество опосредования и опредмечивания, например). При этом среди большого числа психодиагностических методик мало тех, которые чувствительны к нарушениям мотивационной сферы, что во многом снижает их востребованность в клинике нервно-психических расстройств. Данная ситуация обусловлена, в первую очередь, отсутствием разработанных представлений о сущности, феноменологии и клинике нарушений мотивации в концепциях, на которых базируется большинство методик для её изучения. Многие методики (точнее, теоретико-методологическое их основание) не обладают возможностью описывать и исследовать непосредственно нарушения мотивационной сферы.

Обзор психодиагностических средств, позволяющих получить данные о мотивационной сфере, показал, что, к сожалению, их диагностическая ценность для медицинского психолога, работающего в клинике пограничных нервно-психических расстройств, ограничена, а потребность в таких методиках существует. На современном этапе развития психодиагностики мотивационной сферы оптимальным решением является комплексное применение клинико-психологического и экспериментально-психологического метода с целью объединения достоинств каждого из них, равно как и создание специализированных клинико-психологических шкал, направленных на изучение именно нарушений мотивации.

Кроме того, сложность изучения мотивации и её нарушений мотивации связана с отсутствием единства взглядов на саму мотивацию. Само понятие «мотивация» часто описывается размыто, включает в себя различные психические феномены, от представлений, идей и привычек, до установок, влечений, от конструкта мышления вплоть до свойства личности, что неизбежно сказывается на клинической психодиагностике мотивации.

Соотнесение итоговых результатов этих методик между собой неизбежно рождает необходимость в теоретико-методологическом упорядочивании, поскольку нет ни общей модели, ни тождества понятий, ни концептуализации, ни общего языка описания. Про язык описания можно было бы договориться, и вероятно, следовало бы, но прочие проблема остаётся. Помимо этого, в любой психодиагностической методике позиция автора относительно понятия «мотивация» или «нарушения мотивации» может быть выражена не всегда ясно, таким образом, поднимая вопрос о конструктивной валидности.

Единой классификации расстройств мотивации не существует, т.к. не разработан методологический арсенал, позволяющий сопоставлять в единой системе координат

разнообразные варианты её нарушений. Изучены преимущественно отдельные целевые области мотивации (мотивация к лечению, мотивация достижения или избегания неудач, мотивация к психотерапии и т.д.), в то время как её основные компоненты, общие для всех областей, такие как, в своей совокупности в клинике пограничных расстройств практически не изучены. В литературе описано более 120 вариантов нарушений мотивации, вследствие сложности, дефинициальной неопределенности и многокомпонентности самого феномена с одной стороны, а также существования различных подходов к её пониманию, с другой. Такое разнообразие невозможно объединить во всеобъемлющей концепции, но вместе с тем необходимо упорядочивание для непосредственного практического использования.

Общепсихологический анализ показывает, что возможно выделить положения, касающиеся расстройств мотивации, отмечаемые большинством исследователей. Иными словами, можно выделить некие блоки или оси, которые объединяют схожие аспекты нарушений.

Анализируя уже описанные нами варианты нарушений мотивации, мы увидели, что большинство из них можно скомпоновать по смыслу. Мы выделили 7 основных смысловых блоков нарушений мотивации, которые встречаются в клинике пограничных нервно-психических расстройств. Такими смысловыми блоками явились:

1. Степень нарушения гибкости / стабильности мотивации
2. Степень нарушения операционализации мотива
3. Степень нарушения соотнесённости индивидуальной мотивации и ценностно-нормативного контекста
4. Степень нарушения аффективной обусловленности мотивации
5. Степень нарушения реалистичности оценки ресурсов
6. Степень нарушения организации мотивов
7. Степень нарушения выраженности мотивов-суррогатов

На основании данных блоков разработаны соответствующие клинико-психологические шкалы, и, исходя из нашего клинического опыта работы с данными больными, предложены градации нарушений мотивации по каждой из шкал. По сути, каждый блок составил критериальную шкалу, по которой оценивается степень выраженности нарушений разных аспектов мотивации. Количество степеней нарушений варьируется в разных шкалах от 2 до 4. Не претендуя на исчерпывающее описание, мы предлагаем систему, которая, по нашему мнению, может оказаться удобной для комплексного описания многоаспектных и многоуровневых нарушений мотивации в клинике пограничных расстройств.

Мы исследовали некоторые важные психометрические характеристики (валидность и надёжность) данного комплекса шкал на клинической выборке. Выборка состояла из 120 больных с пограничными нервно-психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 32 + 2. 24 года), 63 женского и 57 мужского пола. Состав выборки: пациенты с диагнозами, входящими в разделы F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и F6 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» МКБ-10, по 60 человек в каждой группе. В указанную выборку вошли больные с различным уровнем (невротический или патохарактерологический) и характером течения заболевания (острый или хронический). Исследованные больные получали комплексное психотерапевтическое и психофармакологическое лечение. Также критерием включения в исследование являлось отсутствие сопутствующей патологии.

При обследовании респондентов оценка степени нарушения отдельных сторон мотивации проходила в ходе нескольких длительных бесед, и имела форму клинического интервью. Дальнейшие встречи были посвящены экспериментально-психологическому

исследованию. Обследование проходило индивидуально с каждым больным. По итогам интервьюирования отмечался преобладающий уровень нарушений каждого из выделенных аспектов мотивации.

Сопоставление результатов оценки мотивации, проведенного с помощью методики ММИ Ж. Нюттена и разработанного списка характеристик для клинко-психологической оценки мотивации показало высокую перекрёстную валидность предложенного списка шкал.

При исследовании структуры разработанных шкал выявлен единый системный фактор нарушения мотивации – логично вытекающий из комплексного рассмотрения фактор, названный нами «общая степень нарушения мотивации», в который с большими факторными нагрузками входят различные аспекты мотивации, отражённые в представленных шкалах.

Установлена высокая внутренняя согласованность предложенного списка характеристик. Все характеристики взаимно дополняют друг друга, измеряют один и тот же признак (мотивацию), и удаление отдельных характеристик из числа предложенных ухудшает мощность (меру точности) всего набора. Установлена также высокая согласованность эталонных и экспертных оценок при клинко-психологическом исследовании мотивации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами с использованием разработанных шкал.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Соловьева С.Л .

СЗГМУ им .И.И. Мечникова, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии

Санкт-Петербург

Professional psychological intervention

Solovyova S. L.

Психологическая интервенция имеет множества форм, вариантов применения в зависимости от специфики предъявляемой клиентом проблемы, от его нозологической принадлежности, пола или возраста, от субъективных предпочтений психолога. Однако существуют некоторые общие закономерности вмешательства, которые проявляются в неспецифических особенностях оказания психологической помощи.

Цель исследования – выявление общих, неспецифических особенностей профессиональной психологической интервенции.

Материал исследования – содержание сессий, проводимых с клиентами в течение профессиональной деятельности.

Метод исследования – контент-анализ содержания психологических сессий.

Результаты исследования. Профессиональное психологическое вторжение во внутренний мир клиента предполагает формирование прежде всего хорошего психологического контакта с ним. Контакт возникает на основе элементов невербального поведения, таких как прямой взгляд в глаза продолжительностью не более 3 секунд, разворот тела в сторону клиента при отсутствии барьеров в виде скрещенных рук, зажатости, скованности. Психолог сохраняет при этом необходимую степень собственной внутренней свободы и раскованности, - то, что передается клиенту и позволяет ему расслабиться. Содержание контакта представляет собой безоценочное принятие – элемент психотерапии гуманистического направления, при котором психолог, открываясь навстречу клиенту, ведет себя максимально нейтрально, выступая в роли своеобразной

проективной методики, на которую клиент может спроецировать свои проблемы в контексте собственных индивидуально-психологических особенностей.

Установление невербального контакта сменяется контактом вербальным – приветствие, представление, предложение к разговору. Интонации голоса психолога при этом спокойные, уверенные, на фоне ровного дыхания, без напряжения, напора и тревоги, чтобы дать возможность клиенту войти в предлагаемую атмосферу общения с ее надежным профессиональным потенциалом. Проговорив вводные слова, психолог формулирует вопрос, передавая инициативу клиенту.

Начало речи пациента, как правило, отражает его переживания тревоги, неуверенности, беспокойства, подозрительности и настороженности – естественной психологической реакции защиты. Одной из основных задач психолога в момент, когда клиент начинает предъявлять проблемы, является нормализация психического состояния говорящего, которая обычно требует нивелирования его страха, депрессивной безнадежности и агрессии. Естественной психологической реакцией психолога на тревогу клиента была бы ответная тревога. Однако, реагируя ответной тревогой, психолог усиливает страх клиента, подкрепляя его негативные переживания. Реагируя ответной печалью, психолог подкрепляет и усиливает депрессивные тенденции клиента. Изменение психического состояния пациента, его нормализация возможна лишь при отсутствии ответной подкрепляющей реакции той же модальности. Для нивелирования тревоги, печали и враждебности клиента, говорящего о своих проблемах, психолог занимает нейтральную позицию, сохраняя открытость, спокойную уверенность, лишённую каких-либо дополнительных эмоций, которые естественным образом возникают в ответ на обозначение негативных событий и переживаний и неизбежно содержат в себе оценочный элемент. Клиент, не получая поддержки и развития своим негативным переживаниям, становится более спокойным и свободным от собственных дезорганизирующих аффектов, что позволяет ему давать более точную информацию о своих проблемах.

Другой задачей психолога, выслушивающего предъявляемые пациентом проблемы, является восприятие информации с ее структурированием, выделением актуальных жалоб, которые, как правило, не являются наиболее значимыми проблемами, но причиняют клиенту наибольшее страдание в данный момент. В результате этой внутренней работы слушания у психолога возникает черновой набросок иерархии проблем пациента разной степени значимости на уровнях разной степени осознанности, набросок, который в течение всего профессионального общения в дальнейшем проверяется, уточняется, конкретизируется, наполняется содержанием.

Профессиональная психологическая интервенция проводится вначале в отношении наиболее актуальной и наиболее осознанной клиентом проблемы с использованием техник когнитивной, когнитивно-поведенческой терапии или техник вмешательства, обозначаемых понятием рационально-эмоционально-поведенческой терапии. На первой встрече необходимо, на фоне нормализации психического статуса клиента, подойти к решению пусть незначительной, но отдельной актуальной проблемы, которая могла бы далее продумываться пациентом в виде домашнего задания. Эффективность интервенции усиливается присоединением к рациональному исследованию проблемы ее эмоциональных компонентов, что требует от психолога способности к эмоциональному резонансу и умению провоцировать эмоциональный драйв клиента в нужном направлении. Нейтральный стиль поведения психолога сменяется эмоциональным, без излишнего драматизма, но с адекватным аффективным резонансом. Эмоциональная модуляция реакций позволяет психологу акцентировать внимание клиента на наиболее значимых деталях психологического анализа, делает их осознание более доступным.

Перемещаясь с поверхностного уровня осознания индивидуальной психологической проблематики клиента на более глубокие и менее осознаваемые уровни, процесс профессиональной интервенции все более затрудняется: наиболее глубокие проблемы имеют и наиболее длительную историю их развития, трансформации, обрастания дополнительными элементами интерпретации, окрашенными в сложные неоднозначные аффективные комплексы, а также взаимодействия с другими проблемами. Психологическое вторжение в отношении какой-либо одной проблемы часто затрагивает ассоциированные с ней переживания и представления, касающиеся других проблем. Таким образом, иногда психологу приходится параллельно исследовать и совместно с клиентом переживать сразу две или даже более проблемы: одна из них акцентируется вниманием, а вторая выступает фоном, оказывающим модулирующее воздействие на параметры первой.

Поэтому, обозначив пути решения какой-либо одной проблемы, приходится возвращаться в ранее исследованной, чтобы в новом контексте рассмотреть ее более отчетливо, более объективно. Этот процесс продолжается до тех пор, пока не складывается пазл - целостная картина многоуровневой структуры, представляющей собой индивидуальную психологическую проблематику клиента. При наличии проблем, коренящихся в раннем детстве пациента, имеющих длительную многолетнюю историю развития, процесс психологической интервенции может длиться годами. Когда же пазл сложился, на вершине иерархии проблематики клиента оказывается наиболее значимая и, как правило, наиболее глубокая проблема, требующая для своего разрешения наибольших интеллектуальных и эмоциональных усилий психолога. Не всегда эта проблема может быть решена, но, как правило, она может быть осознана и компенсирована психологическими ресурсами и резервами клиента.

Завершение процесса психологической интервенции не является одномоментным процессом. Наиболее часто требуется проведение отсроченных по времени дополнительных сессий, в процессе которых снова и снова проговариваются все уровни психологической проблематики клиента с акцентированием той наиболее значимой проблемы, на разрешение или компенсацию которой направляются основные ресурсы.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Северцев В.В.

**Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)**

Москва

**Psychotic disorders associated with synthetic cathinones usage: clinical features and
approaches to treatment**

Severtsev V.V.

Синтетические катиноны (SCath) – это группа психоактивных веществ (ПАВ), известная как «соли», они относятся к «дизайнерским» или «новым» наркотикам. SCath обладают свойствами, схожими с «классическими» стимуляторами, однако, обращает на себя внимание их способность вызывать психозы, которые по своим клиническим проявлениям далеко не всегда укладываются в рамки классического представления об интоксикационных психозах.

Цель исследования: изучить особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов и проанализировать методы их лечения; оценить влияние различных методов на редукцию психотической симптоматики и сроки лечения.

Материалы и методы: объектом исследования являются пациенты, перенесшие психотические расстройства, связанные с употреблением SCath. Группа изучаемых пациентов составила 30 человек. Из них мужчины составили 66,7% (n=20), женщины 33,3% (n=10). Средний возраст в группе – 28±6 лет (min=18 max=41). Пациенты были разделены на две подгруппы, исходя из состояний расстройства сознания: 1 подгруппа – с помрачением сознания; 2 подгруппа – без помрачения сознания. В 1 подгруппе психоз проявлялся делириозным синдромом (делирий, deliriumtremens (DT)), для которого характерна триада признаков: помрачение сознания, яркие галлюцинаторные переживания, тремор. Важно, что при употреблении SCath тремор не был характерен, однако, в целом картина соответствует экзогенному типу реакции; Во 2 подгруппу были включены пациенты, у которых психоз протекал без помрачения сознания (Lucid), проявлялся, как правило, бредовым или галлюцинаторно-бредовым синдромом. Пациенты были ориентированы всесторонне верно, а продуктивная симптоматика проявлялась преимущественно в виде острого чувственного бреда, как правило, паранойяльного содержания в сочетании с бредом особого значения.

В настоящей работе сравнивались две стратегии лечения: 1) «МИТ» - массивная инфузионная терапия (более 3-х литров в сутки) на фоне седации пропофолом; 2) «СИТ» - стандартная инфузионная терапия, на фоне применения бензодиазепинов и типичных нейролептиков.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, параметрический, химико-токсикологический и статистический. Для объективизации оценки состояния пациентов и результативности лечения была использована шкала BPRS в первые сутки и после выхода из психоза (5 - 10е сутки). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTechv. 2.1.0 (разработчик - ООО Статтех, Россия). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3).

Результаты и обсуждение: Подгруппа DT составила 66,7% (n=20), подгруппа Lucid составила 33,3% (n=10). Статистически значимых различий в гендерном составе подгрупп обнаружено не было. В 90% (n=27) случаев к моменту выписки была достигнута полная редукция психотической симптоматики, в 10% (n=3) симптоматика частично сохранялась. Точкой «выхода из психоза» считался момент, когда пациент становился всесторонне ориентирован и продуктивная симптоматика (бред, галлюцинации) не обнаруживалась, либо момент формирования устойчивой критики к психотическим переживаниям. При сравнении длительности психозов были установлены статистически значимые различия между группами (p=0,024). В группе DT медиана времени (Me) до выхода из психоза составила 2-е суток (1–3), а в группе Lucid 6 суток (2–18). В общей выборке средний балл по BPRS в первые сутки лечения составил 75,47±16,8 баллов, а на пятые сутки лечения 37,70±10,09 баллов, анализ с помощью парного t-критерия Стьюдента продемонстрировал статистически достоверные различия (p<0,001). В первые сутки балл BPRS в подгруппе DT был выше, чем в группе Lucid (81,00±15,09 в сравнении с 64,40±14,98; p=0,008). К пятым суткам достоверных различий между группами не было. Для сравнения лечебных тактик мы сгруппировали пациентов по тяжести их состояния. Состояние пациентов с баллами по BPRS более 80 баллов было охарактеризовано как тяжелое, а состояние пациентов с

баллами ниже 80 как средне-тяжелое. Состояние 46,7% (n=14) пациентов было тяжелым (общий балл по BPRS составил >80), состояние 53,3% (n=16) было средне-тяжелым (общий балл по BPRS составил ≤80). В отделение реанимации были госпитализированы подавляющее большинство пациентов с тяжелым состоянием – 92,9% (n=13). Тактика «МИТ» применялась у пациентов с тяжелым состоянием в 50% (n=7) случаев, у пациентов со средне-тяжелым состоянием в 12,5% (n=2). Для сравнения безопасности и эффективности разных подходов к лечению были проанализированы 3 показателя: 1) длительность госпитализации (сроки лечения), 2) динамика психопатологической симптоматики (баллы BPRS в конце лечения); 3) частота использования ИВЛ. Были выявлены статистически значимые различия между группами. Пациенты с использованием тактики МИТ имели большие баллы по шкале BPRS после выхода из психоза, чем пациенты с использованием тактики СИТ: 45,29±9,48 в сравнении с 32,43±3,51, p=0,011. При анализе длительности психоза была получена медиана для «МИТ» равная 2 (1-2) дням, а для «СИТ» 3 (1-7), однако, эта разница не была клинически или статистически значимой (p=0,372). Пациенты, получавшие «МИТ», в 75%(n=6) случаев были переведены на аппарат ИВЛ в связи с нарушением дыхания, а шанс нарушения дыхания и применения ИВЛ был в 15 раз выше (OR=0,067; 95%ДИ=0,005-0,97), чем у тех, кто получал «СИТ».

Заключение: таким образом, результаты показывают, что психозы, связанные с употреблением синтетических катинонов, успешно поддаются лечению в рамках 7-дневного промежутка, независимо от клинического варианта психотического расстройства. На наш взгляд, психозы с помрачением сознания являются более тяжелыми, в связи с чем они требуют более тщательного наблюдения и госпитализации в отделение реанимации. При сравнении терапевтических тактик было обнаружено, что использование пропофола и массивной инфузии ассоциировано с более высокой частотой нарушения дыхания и переводом на ИВЛ, а так же с более высокими баллами по шкале BPRS после выхода из психоза. Этот результат не может быть интерпретирован однозначно, так как вышеописанные особенности могут быть результатом тяжести психотического расстройства. Однако, «традиционная» тактика с применением бензодиазепинов и нейролептиков демонстрирует достаточную безопасность и эффективность относительно психопатологической симптоматики. Тем не менее, тема требует дальнейшего изучения на больших группах пациентов.

РАЗВИТИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ (ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ И МЕЖПЕРСОНАЛЬНОЙ) ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ

Симоненко И.А., Шевченко А.В.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, кафедра общей и клинической психологии

The development of integrative (intrapsychic and interpersonal) child psychotherapy in Russia

Simonenko I.A., Shevchenko A.V.

Вопросы психического здоровья детей и подростков совершенно оправданно относятся к сфере национальной безопасности современного общества. Анализ методов детской психотерапии и изучение их эффективности являются актуальной задачей, стоящей как перед наукой, так и перед обществом в целом. Эффективная психотерапевтическая помощь ребенку не может быть осуществлена без учета специфики детской психики, её особой зависимости от социального окружения, малой дифференцированности, трудности обращения, в силу слабой развитости, к самосознанию ребенка, особому, лежащему в

сфере невербальной коммуникации, языку. Все это обосновывает необходимость развития детской психотерапии не как формы преломления уже известных методов в психотерапии, а как особого метода со своими релевантными теоретическими и практическими опорами.

В описанном выше ключе уже более 20-ти лет идет развитие интегративной (интрапсихической и межперсональной) детской психотерапии. Интегративная детская психотерапия – метод психотерапии, ориентированный на младенцев, детей и подростков, в центре которого стоит понимание ребенка как активного творца и участника построения отношений с другими, миром и самим собою, является феноменологическим и исходит из внутренней субъектности психической реальности ребенка. Контакт, встреча, отношения рассматриваются и как условия развития личности, и как основные инструменты интегративной детской психотерапии. Решение основной задачи развития ребенка, а именно – создание среды, в которой диалог является основной формой выражения межчеловеческой связности, возможно через интеграцию в едином психотерапевтическом процессе интрапсихического, межперсонального и системного фокусов психотерапии. Основной задачей, интегрирующей все три фокуса психотерапии, является реализация потребностей ребенка.

В центре интегративного подхода стоит работа с самостью ребенка, именно она строит фундамент для формирования его идентичности. Работа с самостью задает три основные линии в детской психотерапии: работа на уровне телесности, на уровне развития субъектности в межперсональных отношениях и на уровне непосредственного проживания сцен эмоционального корректирующего опыта.

В терапевтических встречах с ребенком детский психотерапевт должен быть способен вступать в разные миры детской жизни, на каждой возрастной ступени уметь думать и чувствовать «по-детски» и устанавливать контакт и строить диалог в невербальном пространстве, как в наиболее значимом для ребенка пространстве для построения отношений.

В подходе разработаны специфические фокусы и методы работы со значимыми взрослыми и системами отношений ребенка.

Основными целями психотерапевтических встреч с родителями являются:

- проработка дефицитов, конфликтов, незавершенных гештальтов и травм, которые блокируют взрослых в их способности отвечать на потребности ребенка и строить с ним надежные отношения;
- работа с «внутренним ребенком» родителя, открывающая чуткость к детскому миру;
- создание новых корректирующих сцен взаимодействия на совместных встречах с ребенком.

Системный фокус интегративной психотерапии связан с работой над здоровой триадой, расширенной семейной системой и значимыми социальными средами ребенка, основной целью которой является поддержка конструктивной родительской позиции, развитие диалога вместо монолога или многоголосия, гуманизация социальных сред.

Основатель интегративного метода психотерапии в Европе – Хилларион Петцольд, автор 78 книг, из которых более 10 являются научными монографиями по различным аспектам развития самости и становления идентичности. Главным достижением его творчества является создание связей между методическими подходами современных школ психотерапии, современными исследованиями младенцев, открытиями нейробиологии о работе мозга, теориями развития, и создание метатеории на основе феноменологии и герменевтики с последовательной разработкой практики интегративного подхода в психотерапии.

Работы Х. Петцольда по систематизации и методологическому анализу привели к пониманию трех ведущих осей, присущих в той или иной мере в любом направлении в

психотерапии: телесность, внутренняя субъектность, целостно-сценическое переживание и понимание смысла. Интегративный метод для работы с детьми создали в конце 90-х Д. Рам, К. Кирш, Э. Гарбе в Германии, Н. К. Бернштайн в Швейцарии, В. Цимприх, Э. Фрошмайер в Австрии. Обучение первой группы российских специалистов у австрийских коллег стартовало в 2000 году и продолжалось 5 лет. На ее основе в 2000 г. возник Институт Интегративной Детской психотерапии и практической психологии «Генезис», который в партнерстве с Венским институтом повышения квалификации ÖKids, кафедрой общей и клинической психологии КГМУ, осуществляет подготовку психотерапевтов, развивает и адаптирует идеи подхода к российской действительности, исследует эффективность метода.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР У ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМОРБИДНОСТИ

Соболев Н.А., Игумнов С.А.

**Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ
Москва**

**Dependence on computer games in adolescents: problems of diagnostics and comorbidity
Sobolev N.A., Igumnov S.A.**

Подростковый и юношеский возраст представляет собой один из наиболее существенных факторов риска по развитию аддиктивных форм поведения, в том числе не связанных с употреблением ПАВ, более того, лишенных самого химического субстрата зависимости. С появлением и распространением в клинической практике феноменов геймерства, зависимости от персонального компьютера (ПК) и Интернета все чаще звучат высказывания о том, что собственно поведенческие составляющие зависимости, выявляемые при исследовании пациентов с ПК-зависимостью и Интернет-аддикцией, более соответствуют критериям расстройств привычек и влечений [1]. Наиболее вовлечёнными в процесс компьютерных игр являются лица подросткового возраста. В 2013 году в американской национальной диагностической классификации DSM-V была введена диагностическая категория под названием «Интернет-гейминговая зависимость», но лишь в качестве категории, требующей дополнительных уточнений, которая в будущем может быть пересмотрена [2].

В МКБ-11, которая на данный момент находится в проекте, зависимость от компьютерных игр тоже включена, но с несколько иными, хотя и сходными диагностическими критериями, чем в DSM-V. В проекте МКБ-11 компьютерную игровую зависимость предлагается именовать расстройством вследствие пристрастия к компьютерным играм (гейминговым расстройством; шифр 6C51), без указания слова «интернет», т.к. данная зависимость определяется и при офлайн играх. Игровая зависимость определяется в проекте МКБ-11 как стойкое или рецидивирующее онлайн-и/или оффлайн-игровое поведение, проявляющееся тремя основными диагностическими критериями:

1. утратой контроля над временем, проводимым в играх;
2. повышением приоритетности компьютерным играм, в ущерб иным жизненным интересам и делам;
3. продолжением игрового процесса, несмотря на вызванные им негативные последствия.

Более того, зависимость от компьютерных игр следует диагностировать в соответствии с критериями МКБ -11 только тогда, когда модель поведения имеет достаточную степень тяжести, чтобы привести к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования [3]. «Интернет-гейминговая зависимость»: непатологические и патологические формы. Определение аддиктивной зависимости от ПК, компьютерных игр и Интернета требует дифференциальной диагностики ее непатологических и патологических форм в связи с тем, что: 1) персональный компьютер стал в настоящее время электронным средством, вошедшим в семейный быт, и ребенок/подросток не может быть исключен из этого средового информационного поля, даже при формировании зависимых отношений; 2) преподавание информатики сегодня входит в программу общего образования, и в рамках этих требований ребенок должен приобретать навыки работы на ПК, следовательно, систематически работать на нем; 3) при пристрастии к компьютерным играм сохраняется необходимость включения занятий на компьютере в реальный учебный процесс. Т.о., занятия на ПК не могут быть заменены каким-либо другим, сублимирующим видом деятельности.

Дискуссионные аспекты «Интернет-гейминговой зависимости».

Однако, на проблематику компьютерных игр, есть и диаметрально противоположные взгляды. В этом плане достаточно интересным является изучение людей, для которых компьютерные игры являются профессией. В рамках исследования, проведенного в Южной Корее (Республика Корея) между подростками с диагностированным гейминговым расстройством и профи-геймерами было выявлено следующее [4]. В то время как профи-геймеры играют в соответствии с определенными жизненными привычками, уделяя время и другим делам, по запланированному учебным заведением графикам, подростки с игровым расстройством (IGD) демонстрируют нерегулярный образ жизни и нерегулируемое импульсивное игровое поведение. Период наблюдения составил один год, оценивались демографические данные, производилось тестирование с помощью ChildBehaviorChecklist – CBCL, оценивались депрессивное настроение, тревожность. Также была проведена функциональная магнитно-резонансная томография в состоянии покоя. В течение года подростки с игровой зависимостью (не получавшие психофармакотерапии или психотерапии) играли в игры по своему обычному расписанию, чаще всего, как и когда хотели, в то время как студенты профи-геймеры играли по запланированному графику, готовясь к чемпионатам. Через год показатели профи-геймеров снизились в таких показателях, как: общее проблемное поведение, импульсивность и агрессия, депрессия и тревога, по сравнению с показателями подростков с игровой зависимостью, чьи показатели остались неизменными. Обе группы демонстрировали ирритативные изменения в теменной доле коры головного мозга (обеспечивающей активное внимание). По сравнению с профи-геймерами, подростки с зависимостью от игр демонстрировали большую активность в левой орбитофронтальной коре. Полученные данные могут указывать на то, что компьютерные игры развивают внимание, но положительные результаты дает только хорошо организованная игровая деятельность.

Закключение. Введение в диагностическую классификацию такой отдельной психопатологической категории, как зависимость от компьютерных игр, представляется весьма дискуссионным решением. Прежде всего, существуют риски чрезмерной «медиализации» данной проблемы, в результате которых многие подростки могут столкнуться с социальными и образовательными проблемами. Тем не менее, избыточная увлечённость компьютерными играми очень часто коморбидна с другой психической и наркологической патологией (СДВГ, аффективной патологией, потреблением каннабиса, никотиновой и алкогольной зависимостью, расстройствами пищевого поведения).

Возможно, что зависимость от компьютерных игр не является какой-либо отдельной формой патологии, но лишь симптоматикой других психических расстройств, проявляющейся в форме, актуальной сегодняшнему дню («знамение времени»).

РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ЛЮДЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПТСР

Соколов Е.Ю., Фомин А.А.

Московский научно-практический центр наркологии

Москва

Reserve opportunities in people of dangerous professions in the prevention of PTSD

Sokolov E.Y., Fomin A.A.

Особенности службы сотрудников спецподразделений – постоянные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие запредельной активизации ресурсов жизнестойкости. Напряжение адаптационных механизмов может стать причиной боевой психической травмы. Травматический опыт, сопряженный с интенсивными отрицательными эмоциями становится источником посттравматических стрессовых расстройств. Обнаружена пропорциональность между длительностью экстремальной ситуации и тяжестью посттравматических расстройств. Даже через 10 лет после боевых действий у ветеранов повышен уровень нервно-эмоционального напряжения и тревоги, наблюдаются изменения личности.

Цель исследования: оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью предотвращения постстрессовых расстройств или их лечения при их наличии.

Материал и методы исследования. Обследованы 103 военнослужащих. (96 мужчин, 7 женщин) 19-42 лет, профессиональные обязанности которых связаны с жизнеопасными ситуациями, боестолкновениями в Чечне, Карабахе, Ингушетии, Дагестане, продолжающие направляться туда в экстремальные командировки. Из них 101 – офицеры и контрактники, 1 – ветеран, инвалид 2й группы с органическим заболеванием головного мозга; 1 – гражданское лицо, врач с опытом работы в горячих точках.

Основные методы исследования: динамический клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания. Описание модуля. Предложены расслабляюще-успокоительные или стимулирующие, а также сочетанные упражнения для укрепления жизнестойкости сотрудников спецподразделений в индивидуальном и групповом форматах. Релаксационно-стимулирующие, энергоактивизирующие методы включают дыхательные элементы. Занятия проходят в различных условиях, приближенных к распорядку дня.

Количество групповых обучающих занятий 1–3 раза в неделю, с 2–4 группами (до 6 человек) в день. Занятие с каждой группой длится около двух часов. Среднее число занятий в группе – 5–7.

Акцентируется внимание военнослужащих на клинике ряда психических расстройств (ПТСР), способности их распознавания, дифференцирования, оказания первой помощи в боевых и постбоевых условиях. На последующих занятиях укрепляются полученные знания предыдущих встреч. Место ведущего врача занимает участник группы, который проводит отработанный им в группе и самостоятельно тренинг с товарищами. Он наблюдает правильность выполнения команд, корректирует ошибки участников. Роль ведущего: закреплять навыки саморегуляции, повышать ответственность, в первую очередь перед собой, с профилактическим вниманием относиться к здоровью как в мирной, так и боевой

обстановке. В дальнейшем в группе, постепенно усложняясь, проводится обучение методам саморегуляции.

Перед первым сеансом активные жалобы у 82% участников психотренинга отсутствовали. Однако при целевом расспросе выявлены усталость, головные боли, раздражительность, рассеянность, ослабление интереса к любимому делу, снижение желания к общению, ухудшение сна и аппетита, неясные «покалывания» в теле, потливость, к которым человек «привык» в такой степени, что перестал их замечать, принимая за «норму». После релаксационных приемов 71% участников отметили улучшение состояния в виде постепенного облегчения указанной симптоматики. Положительная динамика в улучшении психофизического состояния отмечена и при работе в медицинском пункте с военнослужащими (13 человек), страдающими соматическими расстройствами (заболевания опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы).

При изучении уровней тяжести синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) с помощью опросника отмечены следующие данные: низкий уровень СЭВ наблюдается у 64,3% исследуемых; у 29,6% отмечен средний уровень; у 6,1% – высокий уровень. При изучении СЭВ у противоположных полов отмечено: низкий уровень встречается у мужчин и женщин соответственно в 65,9% и 50%; средний – в 28% и 33,3%; высокий – в 6,1% и 16,7%.

Клинические примеры из психотерапевтической работы

У 3-х больных исходные болевые ощущения (ушиб правой пяточной кости, травма ахиллова сухожилия справа, рана левой кисти) в процессе проведения сеанса ослабли или исчезли.

Больной с сопутствующим ситуационно-депрессивным аффектом (опасался перевода в другую часть) уже в начале первого сеанса успокоился, появилась слабая, а затем уверенная, адекватная улыбка.

7 больных в процессе психотерапевтических сессий отметили у себя улучшение мыслительной функции, «просветление в голове», исчезновение тревожных «непонятных» опасений.

Один военнослужащий срочник волновался, не отразится ли госпитализация отрицательно на его дальнейшей службе в отряде. Наблюдалось снижение настроения, неуверенность в себе. Состояние редуцировалось на фоне тренингов.

Обсуждение. Эмоционально-волевая устойчивость – важнейший показатель профессиональной подготовленности сотрудников. Это – способность сохранять в сложных условиях уравновешенное психическое состояние, отсутствие в экстремальных ситуациях психологических реакций, снижающих эффективность действий и порождающих ошибки.

Психотерапевтические методы позволяют достичь позитивных субъективно-объективных миорелаксирующих результатов, которые положительно сказываются на самочувствии человека в период тренинга и в последующем. Индивидуально подбираемые методики помогают добиться снятия эмоционального напряжения, предотвратить появление отдаленных психосоматических расстройств.

Закключение. Синдром эмоционального выгорания у военнослужащих, имеющих боевой опыт столкновения со смертельной опасностью, наблюдается фактически в 100 %. Не зависимо от половой принадлежности сотрудников большая часть из них имеет низкий уровень тяжести СЭВ; число наблюдаемых, имеющих средний уровень СЭВ, в 2 раза меньше начального уровня, а количество исследованных с высокой тяжестью выгорания с имеющимися уже в той или иной степени психическими, личностными расстройствами, снизилось почти в 6 раз.

Одновременно необходимо полагать, что при продолжающихся нагрузках военнослужащие с низким уровнем СЭВ могут перейти в более высокие уровни. Для

предотвращения этой картины обязательны профилактические и реабилитационные тренинговые энергосберегающие мероприятия как с молодыми, здоровыми сотрудниками, еще «не нюхавшими пороха», так и с сотрудниками боевых операций.

Первооснова предупреждения ПТСР – обязательное организованное обучение психотерапевтическим методам саморегуляции с целью предупреждения постстрессовых расстройств при смертельной угрозе. В дальнейшем знания методов и их грамотное практическое использование позволят сотруднику увереннее и быстрее найти рациональный выход из психотравмирующей ситуации. Знаниями психотерапевтических методик должны владеть не только психотерапевты, но и сами сотрудники опасных профессий, обученные специалистами медиками. Обученные командиры организуют и контролируют практические знания саморегуляции подчиненных.

С 2007 г. армия США обучает солдат распознавать симптомы посттравматического стрессового расстройства, не стесняться обращаться за медицинской помощью. Обучение сначала проходят командиры, затем передающие теоретические и практические знания подчиненным. Программа оберегает людей, укрепляет веру в себя и в командование, повышает боеготовность личного состава.

**ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОГО
ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ. ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ В
НАРКОЛОГИИ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И МОЛОДЕЖИ**

Соловьева Е.В.

ГБУ РО "Наркологический диспансер"

Ростов-на-Дону

**The influence of family maladaptation on the development of diseases of dependent
behavior in minors. Effective methods of prevention in narcology among minors and young
people**

Solovyova E.

В статье описываются медицинские причины семейной дезадаптации (психогенных, соматических, социогенных) у родителей и влияние на формирование патохарактериологическое формирование личности у несовершеннолетних, прошедших лечение в 2020-2021гг, в наркологическом стационаре для лечения подростков Государственного бюджетного учреждения Ростовской области, Таганрогского филиала. Анализ полученных данных вскрывает реальный потенциал семьи не только в социально-педагогической практике, но и медико-социального уровня. Таким образом, принципиально меняется взгляд на профилактику разного уровня и позволяет эффективно распределить уровень ответственности за семейное воспитание.

Несмотря на Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года в 2010 - 2020 годах и принятые (принимаются) меры обеспечения национальной безопасности, угроза в сфере оборота наркотиков, а также в области противодействия их незаконному обороту, тенденция распространения сохраняется.

Важным аспектом для социализации личности, является семья. В настоящее время семья имеет значительные трудности. Налицо тенденция к увеличению дезадаптивных. В свою очередь дезадаптивная семья не может обеспечить психологический, эмоциональный комфорт, что приводит к деформации личности.

Во исполнение п.7.2. решения межведомственного совещания от 28.05.2021 был проведен анализ профилактической работы ГБУ РО НД и Комиссии по делам несовершеннолетних и их законных представителей за 2020 год и первое полугодие 2021г.

Структура заболеваний у несовершеннолетних изменилась. Ранее помощь получали несовершеннолетние с диагнозом: пагубное употребление ПАВ (алкоголя), без синдрома зависимости. Сейчас, поступают пациенты с синдромом зависимости. Более того он имеет злокачественное течение, с выходом в психоорганический синдром, формирующийся, как следствие длительного злоупотребления.

Значительные трудности возникли как в лечении сформировавшегося заболевания несовершеннолетних, так и в разработке профилактических мер. Рецидивы участились. Для большинства несовершеннолетних лечение является принудительным и рассматривается как форма наказания. Согласие на лечение дается ими для того, чтобы выйти из неприятной ситуации.

Анализ семейной дезадаптации несовершеннолетних, пролеченных в 2020-2021гг (107 человек), имеют деструктивные семьи. Обследование родителей, при поступлении несовершеннолетнего в стационар, выявило: неврологические заболевания(анкетирование)-30%, тревожно-депрессивные (MADRS)-37%, реактивные психиатрические расстройства (шкала Рональда Пайеса) -5%, болезни зависимого поведения – 28%. Результаты показали достоверное снижение супружеской адаптации. за счет медицинского фактора, нарушение остальных компонентов сыграло роль патопластического, либо усугубляющего.

Медико-биологические отклонения у родителей послужили причиной нарушенных навыков и способностей (коммуникативных, искренность, привязанность, алекситимия и др.), привели к трудности выражения своих потребностей, и как следствие к внутриличностному конфликту, тревожно-депрессивным расстройствам разного уровня и нарушению мотивации. Все несовершеннолетние, поступившие на лечение в наркологическое отделение, имели признаки хронического пост стрессового расстройства.

Вышеизложенное подтверждает, что самым высокоэффективным методом всех видов профилактики алкоголизма/наркомании и других форм зависимости для несовершеннолетних, является жизнь в семье с высоким уровнем адаптации.

Выводы:

1. первичная профилактика зависимости разделена на две группы.
2. первая группа составляет базовую профилактику: здоровый образ жизни, спорт, санитарное воспитание; формирование системы запретов и наказания через способ выбирать и возможность отвечать за свой выбор; формирование основных навыков: трудолюбия, коммуникативных, системы ценностей, влияющую на мотивацию.
3. во вторую группу входит выявление нарушенных неадаптивных факторов в семье, о чем было указано выше.
4. одним из важных моментов относящихся к профилактике-оформлению ребенка под опеку, передача ребенка в семью, не имеющих детей или имеющих неблагополучных детей.

ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОНОВ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Солонский А.В., Бохан Н.А., Потапов А.В., Шумилова С.Н.
**НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН, лаборатория клинической
психонейроиммунологии и нейробиологии**

Томск

Formation of neurons in the human brain under conditions of prenatal alcoholization

Solonsky A., Bokhan N., Potapov A., Shumilova S.

В настоящий момент проблема развития головного мозга (ГМ) человека является одной из наиболее актуальных, но, к сожалению, далеких от окончательного разрешения. До сих пор остаются неисследованными многие аспекты формирования важнейших структур ГМ в норме и при патологии. Учитывая тот факт, что процессы развития ГМ являются крайне чувствительными к воздействию экзогенных факторов, в том числе к этанолу, изучение данного вопроса является приоритетным.

Алкоголь является одним из наиболее используемых психоактивных веществ не только в нашей стране, но и во всем мире. Потребителями являются все группы населения независимо от пола и возраста, в том числе и женщины в период фертильности. Наиболее опасно в этой ситуации потребление алкоголя во время беременности или грудного вскармливания. В некоторых случаях данное поведение приводит к ряду неблагоприятных эффектов, влияющих на процесс формирования центральной нервной системы (ЦНС) эмбриона и плода.

Цель исследования. Оценить степень влияния внутриутробной алкоголизации на формирование морфологической структуры ГМ эмбриона человека и выявить возможные закономерности развития нейробластов и сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) в данных условиях.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 25 до 41 года, разделенные на две категории. Первая категория включала участниц без соматической или психической патологии, не имевших контакта с тератогенными факторами на производстве или в быту и не употреблявших алкоголь до (в период равный 1 месяцу до зачатия) и во время беременности. Вторую категорию составили женщины, страдавшие алкоголизмом I-II стадии (стаж от 3 до 13 лет). Все участницы данной категории ранее проходили курсы лечения от алкоголизма (от 1 до 10 раз), но в период, предшествующий забору материала для исследования, никто из них дисульфирам не принимал.

В ходе операций было получено 26 образцов эмбрионального материала от 8 до 11 недель внутриутробного развития. На основании срока гестации и факта употребления пациентками алкоголя были сформированы 2 группы, разделенные на подгруппы. Группа Алкоголь (А) была сформирована из материала, полученного от женщин, страдавших алкогольной зависимостью, и включала в себя 2 подгруппы. А1 – эмбрионы в возрасте 8-9 недель гестации и А2 – в возрасте 10-11 недель гестации, по 6 образцов в каждой. Группа Контроль (К) была составлена аналогичным образом из психически здоровых женщин: К1 – 9 недель и К2 – 10-11 недель. Каждая подгруппа включала по 7 образцов.

Материал был получен в ходе операций по искусственному прерыванию беременности в родильных домах и гинекологических отделениях больниц г. Томска. Все процедуры были выполнены согласно требованиям этического комитета.

Исследование образцов проводили с использованием светового микроскопа AxioScopeA1 (CarlZeiss, Германия) с предварительной подготовкой материала: изначальной фиксацией в 0,5% растворе глутарового альдегида на 0,1 М натрий-фосфатном буфере с pH

7,3-7,4 и дополнительным дофиксированием в 1% растворе OsO₄. Последующая обработка состояла в обезвоживании в спиртах восходящих концентраций и заливке в эпоксидные смолы (Araldite). Полученные образцы нарезали при помощи ультратома «Ultracut-E» (Reichert, Австрия) на полутонкие срезы (0,5-1 мкм) и окрашивали толудиновым синим согласно общепринятой методике. При последующей фотосъемке применяли цифровую камеру CanonG10.

Для проведения морфометрического анализа использовали программное обеспечение AxioVision 4.8. Работа была направлена на выявление количественных изменений среди популяций нейробластов и сосудов МЦР коры головного мозга человека на разных этапах внутриутробного развития. Проводили определение диаметра и площади каждого отдельного элемента ткани, а также подсчет среднего и удельного количества указанных структур на единицу площади среза.

Для определения статистической достоверности применяли программу Statistica 10 с анализом критерия Манна-Уитни (значимые различия – при $P \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. Анализ морфологической структуры изучаемой ткани позволил сделать вывод о достаточной дифференцировке изучаемых клеточных и сосудистых элементов.

МЦР на данном этапе развития было представлено дифференцированными венулами и артериолами, а также широкой сетью капилляров. Для ГМ было характерно наличие венул безмышечного типа, стенка которых представлена эндотелиоцитами с рыхлой соединительнотканной оболочкой. В стенках артериол, напротив, отмечено расположение циркулярных гладкомышечных клеток. Капилляры были представлены сосудами соматического типа и имели сформированную стенку, состоящую из эндотелиоцитов, базальной мембраны, находящихся в её структуре перicyтов, а также адвентициальных клеток. Средний диаметр сосудов варьировался в пределах от 6 до 11 мкм. В просветах части сосудов отмечалось наличие форменных элементов крови.

При изучении морфометрических закономерностей было выявлено, что с увеличением срока гестации происходит достоверное уменьшение средней и удельной площадей сосудов МЦР, а также увеличение среднего и удельного количества изучаемых структур по сравнению с подгруппами контроля. Ткань головного мозга, развивавшаяся в условиях хронической алкоголизации, на более поздних сроках гестации характеризовалась меньшими по размеру сосудами с большей их плотностью на срезе. Данное состояние может являться причиной развития ишемии, приводящей к функциональным нарушениям в процессе последующего развития.

Нейробласты на изучаемом сроке гестации были представлены округлыми клетками с центрально расположенным ядром. Ядро имело светлый матрикс и включало в себя от 1 до 3 ядрышек. Клетки располагались группами, размеры которых отличались вариабельностью. В ряде случаев были отмечены реактивные изменения в виде гиперхромных сморщенных и несморщенных клеток. В этих случаях характерной чертой было расширение перичеселлярного и периваскулярного пространства.

В ходе морфометрического анализа нейронального компонента, а именно нейробластов, развивавшихся в условиях хронической алкоголизации, была выявлена отрицательная динамика темпов дифференцировки, что проявлялось преобладанием средних площадей нейробластов подгруппы А2 над соответствующими параметрами в К2. Кроме того, в данном случае было зафиксировано аналогичное компенсаторное увеличение количества нейробластов на единицу площади. Данной феномен также может являться следствием ишемии, возникающей на фоне нарушения нормальной дифференцировки и развития сосудов.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что алкоголь оказывает значительное влияние на формирование морфологической структуры головного мозга эмбрионов. Данное влияние проявляется уменьшением размеров нейробластов и сосудистых структур, а также диспропорциональностью развития всей ткани мозга, прогрессирующей со сроком развития.

**АДАПТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ГИПНОЗА НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОГО
РИТМА У МОЛОДЫХ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ**

Срывкова К.А.(1), Антипова О.С. (1), Тукаев Р.Д. (2)

**(1) МНИИП - филиал ФГБУ "НМИЦ ПН им.В.П. Сербского" МЗ РФ; (2) - ФГБОУ ДПО
"РМАНПО" МЗ РФ**

Москва

**Adaptogenic Effect of Hypnosis on Autonomic Regulation of Heart Rate in Young Healthy
Persons**

Sryvkova K., Antipova O., Tukaev R.

Вегетотропное действие гипноза, хорошо известное в клинической практике, как правило, связывают с влиянием внушений. Однако однотипный характер динамики вегетативных показателей в гипнозе, выявленный разными авторами, доказывает, что перестройка вегетативной регуляции в гипнозе, в первую очередь, обусловлена пребыванием в гипнотическом состоянии (ГС) как таковом вне зависимости от формы его реализации, а суггестии оказывают лишь дополнительное модулирующее воздействие. Наиболее показательными в этом отношении являются исследования гипногенной динамики вариабельности ритма сердца (ВРС). Типовой паттерн вегетативной перестройки в гипнозе отражает активацию реадaptационно-эустрессовых процессов в организме. В физиологических исследованиях показано, что ВРС здоровых лиц очень разнообразна, и исходное состояние вегетативной регуляции следует учитывать при оценке ее динамики на фоне стрессового воздействия. В полной мере это утверждение можно отнести и к исследованиям вегетативного обеспечения сердечной деятельности в гипнозе, учитывая представления об адаптационных эустрессовых механизмах его воздействия на организм. Цель: изучение динамики ВРС у здоровых молодых лиц в ходе сеанса гипноза в зависимости от исходного вегетативного статуса.

Материалы и методы. Общая выборка включала в себя 54 здоровых добровольца в возрасте от 18 до 40 лет, 24 мужчины и 30 женщин. Все испытуемые были психически и соматически здоровы, у них была нормальная электрокардиограмма (ЭКГ), в период исследования они не принимали медикаментозные препараты, не имели предшествующего опыта пребывания в состоянии гипноза. Участники находились в положении «полулежа» в тихой полутемной комнате. Сеанс гипноза длительностью 30 минут был стандартизирован по форме и проводился по методу универсальной гипнотерапии, разработанному Тукаевым Р.Д. Регистрация кардиоинтервалограммы осуществлялась трижды в течение 5 минут: до гипнотизации, непосредственно после завершения перехода в ГС и после выхода из ГС. После перехода в ГС испытуемым однократно проводилось внушение: «Находиться в состоянии гипноза, отдыхать». Дополнительных внушений не было. Запись кардиоинтервалограмм и анализ ВРС проводились с помощью аппаратно-программного комплекса Нейрософт (ООО «Нейрософт», Иваново) «ВНС-спектр». Результаты исследования и их обсуждение. Разделение общей выборки на группы с различным исходным вегетативным статусом

базировалось на результатах факторного анализа. Фактор 1 (показатели SDNN, RMSSD, CV, TP, VLF, LF, HF) трактовался как общая вариабельность ритма сердца. Фактор 2 (HF (%), LF (%), LFnorm, HFnorm, LF/HF) характеризовал симпатико-парасимпатический баланс. Фактор 3 (VLF (%)) отражал активность надсегментарных эрготропных систем и централизацию вегетативных регуляторных влияний на сердечный ритм. Фактор 4 (ЧСС, RRNN) свидетельствовал об общем уровне функционирования сердечно-сосудистой системы. Для разделения общей выборки на подгруппы в зависимости от исходного вегетативного статуса были выбраны два фактора с наибольшей дисперсией: фактор 1 (общая ВРС) и фактор 2 (симпатико-парасимпатический баланс). На основе значений основных показателей этих факторов общая выборка была разделена на группы испытуемых с различным исходным вегетативным статусом. В группу 1 (n =17) вошли здоровые лица с нормальными значениями общей ВРС и симпатико-парасимпатического баланса. Адаптационные возможности испытуемых группы 2 (n=22) начали снижаться. Значения общей ВРС в этой группе еще не выходило за границы нормативных значений, но симпатико-парасимпатический баланс смещался в сторону превалирования симптоадреналовых модуляций ритма сердца над парасимпатическими. Испытуемые группы 3 (n=15) были наиболее близки к срыву адаптационных процессов. Об этом говорят пониженные значения общей ВРС и сдвиг симпатико-парасимпатического баланса в сторону симпатикотонии. Несмотря на исходно различающийся вегетативный статус, во всех трех группах выявлялся сходный паттерн вегетативных изменений. В состоянии гипноза ЧСС снижалась. В первых двух группах эти изменения сохранялись и после дегипнотизации, но в третьей группе, наиболее близкой к дезадаптации, возвращались к исходному уровню. Во всех трех группах отмечался постгипнотический прирост общей ВРС, превышающий исходный уровень. Сходные изменения описаны и в других исследованиях гипногенной динамики ВРС и свидетельствуют о благоприятном влиянии гипноза в плане повышения функциональной гибкости вегетативной регуляции сердечного ритма и адаптационных возможностей организмов целом. В то же время в разных группах постгипнотический прирост общей ВРС происходил за счет увеличения мощности разных регуляторных компонентов: в группе 1 - за счет прироста интенсивности симптоадреналовых (LF) и надсегментарных эрготропных (VLF) влияний, в группе 2 – за счет надсегментарных эрготропных (VLF) и вагусных (HF) влияний, в группе 3 – за счет активности периферических отделов ВНС (LF, HF). В динамике показателей ВРС были выявлены и другие особенности в зависимости от исходного вегетативного статуса. В группе 1 гипногенные изменения ВРС были выражены слабо. Ни общая ВРС, ни симпатико-парасимпатический баланс практически не менялись. Это, по-видимому, обусловлено тем, что исходно в этой группе состояние системы вегетативной регуляции было оптимальным, а важнейшим свойством оптимальной регуляции является ее устойчивость к возмущающим воздействиям, в том числе к гипнозу. В группе 2 во время гипноза и после него наблюдался процесс нормализации исходно нарушенного симпатико-парасимпатического баланса. Активность симптоадреналовых механизмов (LF%) в ГС уменьшалась, что приводило к увеличению относительного вклада парасимпатических модуляций (HF%) в регуляторный процесс. В группах 1 и 2 до начала сеанса соотношение активности центральных и периферических регуляторных систем (VLF%) свидетельствовало об отсутствии централизации регуляторных процессов. Этот важный параметр вегетативного гомеостаза оставался неизменным в этих группах на протяжении всего сеанса. В группе 3 даже в отсутствии нагрузки нормальные значения ЧСС в покое поддерживались за счет выраженного функционального перенапряжения вегетативной регуляции. Об этом свидетельствовали пониженные значения общей ВРС, симпатикотония и централизация регуляторных процессов. Последняя проявлялась в избыточной

активации надсегментарных эрготропных систем (VLF%). В этой группе пребывание в гипнозе сопровождалось компенсаторным увеличением интенсивности парасимпатических модуляций сердечного ритма, которое сохранялось и после дегипнотизации. Повышение активности парасимпатических модуляций ритма сердца (HF%) приводило к уменьшению относительного вклада надсегментарных эрготропных систем и децентрализации регуляторных процессов (VLF%). В совокупности с постгипнотическим повышением общей ВРС эти данные говорят об уменьшении функционального напряжения вегетативной нервной системы. Заключение. Полученные нами данные подтверждают, что пребывание в ГС активирует реадaptивно-эустрессовые механизмы. Гипногенная перестройка нейровегетативных процессов направлена на повышение функциональной гибкости и оптимизацию вегетативной регуляции сердечного ритма. Имеются особенности динамики показателей ВРС в зависимости от исходного вегетативного статуса, но общая закономерность сводится к повышению мощности регуляторных процессов и восстановлению до нормы изначально отклоненных параметров. Можно предполагать, что указанные механизмы наблюдаются не только у здоровых лиц, близких к срыву психофизиологической адаптации, но и при любой патологии, патогенетически связанной с механизмами дистресса. Однако уточнение этой гипотезы требует дальнейших исследований.

ЖЕНЩИНЫ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ОПИОИДЫ, С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Станько Э.П., Игумнов С.А.

Гродненский государственный медицинский университет; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П.

Сербского» Минздрава России

Гродно, Москва

Women who inject opioids with different hiv status: clinical and psychosocial characteristics

Stan'ko E.P., Igumnov S.A.

Цель исследования - изучение клинических и психосоциальных особенностей женщин, употребляющих инъекционные наркотики (ЖУИН) с опиатной зависимостью с различным ВИЧ-статусом, проживающих на территории Республики Беларусь, на основе многомерной оценки динамики опиатной зависимости с целью разработки лечебных мероприятий по профилактике рецидивов и достижению длительной ремиссии.

Материалы и методы. Всего было обследовано 217 ЖУИН. Исследовательская когорта была рандомизирована на 2 группы: ВИЧ-позитивные женщины (ВПН) (104 человека, средний возраст 30,8 лет (SD=4,86) и ВИЧ-негативные женщины (ВНН) (113 человек, средний возраст 29,9 лет (SD=6,67). Уровень социального функционирования пациентов, качество жизни, тяга к наркотическим веществам изучались с помощью шкалы социального и функционирования, SF-36 и шкалы патологического влечения к наркотикам. Описаны особенности социального функционирования и качества жизни женщин с опиатной зависимостью и различным ВИЧ-статусом.

Результаты исследования показывают, что для большинства ИДВУ характерна частая смена места работы и прогулы (27/25,9% в группе ВПН и 30/26,5% в группе ВНН, соответственно; $P > 0,05$). Низким уровнем квалификации характеризовалась 21/20,1% ВПН против 15/13,2% ВНН ($P < 0,05$), профессионального образования не имели 45/43,2% ВПН и 38/33,6% ВНН ($P > 0,05$). ВПН имеют более серьезные нарушения психосоциальных параметров по сравнению с ВНН. Семейный климат можно охарактеризовать как

враждебно-агрессивный (84/80,7% в группе ВПН против 69/61,0% в группе ВНН; $P < 0,05$). Для женщин обеих групп характерно родительское злоупотребление алкоголем (18/17,3% у ВПН против 16/14,1% в ВНН; $P > 0,05$), и высокий уровень разводов родителей (24/23,1% у ВПН против 32/28,3% у ВНН; $P > 0,05$). Было установлено, что лечение позволяет уменьшить проблемы, связанные с употреблением наркотиков и ВИЧ-инфекции. Тем не менее, краткосрочный курс лечения может обеспечить только клиническое улучшение, но не стабилизацию психосоматического состояния ВИЧ-позитивных пациентов с опиатной зависимостью.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют о том, что для подавляющего большинства женщин-потребителей инъекционных наркотиков, проживающих в Республике Беларусь, характерен высокий уровень нарушений социального функционирования, включая бытовые, социальные и профессиональные отношения. Необходима разработка специфической тактики ведения данных пациенток, соответствующей их потребностям, в том числе долгосрочных комплексных программ лечения и реабилитации.

АНТРОПОНИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Титиевский С.В., Бубнова Ю.И., Аурсалиди А.О.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Донецк, ДНР

Anthroponymic analysis in normal mental state and mental pathology

Titievsky S.V., Bubnova J.I., Aursalidi A.O.

К онимам, словам или словосочетаниям, служащим для выделения именуемых ими объектов среди других подобных объектов, относятся антропонимы – личные имена, отчества, прозвища, фамилии и псевдонимы людей. Антропонимика является современным разделом лингвистики (точнее, ономастики), изучающим антропонимы (Чайкина Ю.И., Смольников С.Н., 2001). Исследование ментальности говорящих на русском языке психически больных с антропонимических позиций, отражающих, в том числе, взаимодействие лично значимых понятий «я», «мои родители», «мой род», может быть перспективным аспектом диагностики психических расстройств.

В.К. Чичагов отмечает, что в XVI и XVII вв. функцию личных имен в обществе выполняли имена христианские, русские же имена употреблялись в значении прозвищ и назывались словом «прозвище» (Чичагов В.К., 1959). Поскольку в русском языке XV-XVII вв. выделялись собственно-имена и прозвищные имена, различалось и два вида отчеств: собственно-отчества («Иван Федоров сын Алексеева»), и прозвищные отчества («Борис Иванов сын Перепечин»). Собственно-отчества и прозвищные отчества были источниками образования фамилий (например, Федоров, Алексеев – фамилии, образованные от собственно-отчеств, а Долгорукий, Толстой – от прозвищных отчеств). В XV-XVII вв. при образовании собственно-отчеств самыми продуктивными были суффиксы -ов, -ев. Употребление суффиксов -ов-ич, -ев-ич ограничивалось именованием только великих князей, князей, бояр, оружничих, казначеев (Чичагов В.К., 1959). С течением времени с помощью суффиксов -ов/-ев, -ин/-ын стали оформляться только фамилии, а «почётный» суффикс -ович/-евич превратился в принадлежность отчеств, потеряв свой сословный характер (Чайкина Ю.И., Смольников С.Н., 2001).

Цель исследования: обоснование целесообразности применения антропонимического подхода к диагностике психических расстройств.

Материалы и методы. Обследовано 52 чел. в возрасте $36,2 \pm 15,2$ лет – как психически больных, так и лиц, признанных психически здоровыми после проведенной им стационарной психиатрической экспертизы, предполагающей использование шкалы интеллекта взрослых Векслера (WechslerAdultIntelligenceScale, WAIS). Средняя длительность заболевания (нахождения на психиатрическом учёте) составляла $17,0 \pm 11,7$ лет. Исследование антропонимических аспектов психических расстройств проводилось с помощью словесного варианта метода исключения понятий, в качестве которых использовались 5 наборов, каждый из которых включал 4 собственно-имени и 1 фамилию, образованную от собственно-отчества (например, «Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий»). Кроме того, обследуемым предлагалось ответить на 3 вопроса: «Что такое имя?», «Что такое отчество?», «Что такое фамилия?» Оценивалась правильность ответов на основе их смыслового соответствия общепринятым определениям.

Результаты и их обсуждение. Установлена высокая степень положительной корреляции ($r=0,92$, $p < 0,001$) правильно сделанных исключений и исключений с правильным объяснением. Правильные определения имени положительно коррелировали с правильными определениями отчества ($r=0,41$, $p < 0,01$), а правильные определения отчества – с правильными определениями фамилии ($r=0,60$, $p < 0,001$), причём, правильные определения имени достоверно положительно коррелировали с общим ($r=0,46$, $p < 0,05$) и вербальным ($r=0,51$, $p < 0,05$) интеллектом, а правильные определения отчества и фамилии – как с общим (соответственно, $r=0,68$, $p < 0,001$ и $r=0,55$, $p < 0,01$) и вербальным (соответственно, $r=0,67$, $p < 0,001$ и $r=0,43$, $p < 0,05$), так и с невербальным (соответственно, $r=0,65$, $p < 0,001$ и $r=0,57$, $p < 0,001$) интеллектом.

Психически здоровые лица с интеллектом в пределах сниженной нормы делали наибольшее количество правильных исключений, исключений с правильным объяснением, правильно определяли имя и отчество, менее правильно – фамилию («Семья», «Какая фамилия у отца человека»). Вербальный интеллект у них преобладал ($p < 0,05$) над невербальным. При психическом здоровье с интеллектом в пределах пограничного класса исключений с правильным объяснением оказалось меньше ($p < 0,05$), чем правильных исключений, поскольку исключенные слова, в основном, определялось как отчества. Подобный феномен характерен только для данной категории обследуемых. При этом, интеллект в пределах пограничного класса обнаружил высокую степень достоверной корреляции ($r=0,71$, $p < 0,001$) с правильно сделанными исключениями при объяснении их как отчеств. Можно предположить, что у данных лиц присутствуют регрессивные (своего рода, «атавистические») антропонимические представления, связанные с употреблением самых продуктивных некогда при образовании собственно-отчеств суффиксов -ов, -ев и игнорированием как современного их использования для оформления только фамилий, так и того, что сейчас все отчества образуются с помощью суффикса -ович/-евич, ранее имевшего сословный характер – этим как бы «принижается» социальный статус носителей фамилий. Интересно, что понимание фамилии как отчества достоверно не коррелировало с правильным определением отчества и фамилии, было связано с более молодым возрастом и вербальным интеллектом данных обследуемых (при необходимости невербального интеллекта для правильного объяснения исключения и при преобладании, в отличие от интеллекта в пределах сниженной нормы, невербального интеллекта над вербальным). При легкой умственной отсталости (F70) имя правильно определялось достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем фамилия, причём правильное определение фамилии в наименьшей степени характеризовало больных с наличием легкой (ответы: «Что ты с семьи», «Не знаю, так написано в паспорте», «Это Шишацкая» (фамилия больной), «Когда ты рождаешься, фамилия отца», «Чтобы знать о человеке»), как и умеренной (ответы: «Не знаю» (в основном), «Я не знаю и не помню, у

меня плохая память», «Новиков» (фамилия больного), «Петрова Ивановна» (фамилия и отчество больной)), умственной отсталости. Невербальный интеллект при легкой умственной отсталости преобладал над вербальным ($p < 0,01$). Умеренную умственную отсталость (F71) характеризовали наименьшее количество правильных исключений и исключений с правильным объяснением, а также самая низкая правильность определений, данных отчеству и фамилии. Наличие умеренной умственной отсталости достоверно отрицательно коррелировало с правильно сделанными исключениями, исключениями с правильным объяснением и правильными определениями, данными отчеству. При шизофрении (F20) правильное определение имени (ответы: «Название человека», «Когда ты называешь человека, и он отзывается», «Имя – это дано родителями или богом, т.к. в будущем к этому человеку будут обращаться по имени», «Личность, название Я») встречалось достоверно ($p < 0,001$) реже, чем у лиц с интеллектом в пределах сниженной нормы и достоверно ($p < 0,001$) чаще, чем при органическом бредовом (шизофреноподобном) расстройстве. Отчество больными шизофренией правильно определялось (ответы: «Часть имени», «Я не понимаю», «Родное наименование имён», «Отец. Матчество. Это от отца», «В честь отца или другого родственника назвали человека») достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем фамилия (ответы: «Это человека родное отчество», «Для раскодировки человека», «Не знаю, как сказать, может – фамильярность. Фамилия, имя, отчество»). Больных органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством (F06.2) в наименьшей степени характеризовало правильное определение имени (ответы: «Как протеже, путёвка в жизнь», «Имя человека», «Человеческое, паспортные данные»), при достаточно высокой правильности определений отчества. Правильное определение фамилии в наибольшей степени было характерным для органического расстройства личности (F07), при соответствующем пограничному классу среднем значении общего интеллекта данных больных.

Заключение. Указанные выше закономерности, наряду с нозологической специфичностью мышления и речи больных при их как правильных, так и неправильных ответах, предполагают обоснованность применения комплекса антропонимических методик (теста исключения фамилии, заданий по определению имени, отчества и фамилии) в диагностике психических расстройств.

СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ЕЕ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Третьяк Л.Л., Кошкина И.В., Меркурьев В.В., Кислякова Ю.В.

ПНД №4

Санкт-Петербург

Personality structure of patients with generalized anxiety and its dynamics in the process of group gestalt therapy

Tretyak L. L., Koshkina I. V., Merkuryev V. V., Kislyakova Yu. V.

Генерализованное тревожное расстройство является относительно новой диагностической категорией. Данное расстройство характеризуется хроническим течением, стойкостью симптоматики, высоким риском терапевтической резистентности и может приводить к существенному снижению качества жизни страдающих им пациентов. Изучение клинико-психопатологических особенностей данного расстройства в связи с задачами психотерапии и необходимостью оценки эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий остается актуальной задачей. Стойкость клинических проявлений генерализованной тревоги многими исследователями связывается с наличием

структурных личностных дефицитов, затрудняющих дифференциацию и регуляцию аффектов, дифференциацию мотивационно-потребностной сферы, регуляцию отношений с внутренними объектами, нестабильностью системы самооценки. В связи с этим изучение структуры личности пациентов с ГТР также сохраняет актуальность. Несмотря на широкую распространенность гештальт-терапии в практике психотерапии пограничных нервно-психических расстройств, имеется дефицит исследований, посвященных оценке эффективности данного метода в клинической практике.

Цель исследования. Изучение структуры личности пациентов с ГТР, и ее динамики в процессе психотерапии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 14 пациентов ПНД №9 Невского района г. Санкт-Петербурга (10 женщин и 4 мужчин) с установленным диагнозом генерализованного тревожного расстройства, проходившие курс амбулаторного лечения. Исключались лица в возрасте младше 21 года и старше 65 лет. Средний возраст пациентов составил 34.5 года. Для оценки выраженности и структуры клинической симптоматики использовался опросник SCL-90-R, для оценки структуры личности и ее динамики в процессе психотерапии использовался Я-структурный тест Аммона (ISTA). Все участники группы проходили групповую терапию в гештальт-подходе. Встречи проводились 3 раза в неделю в течение 3 часов, проведено 14 встреч. Основные интервенции реализовались в соответствии с принципами и техниками гештальт-терапии, включавшими телесное фокусирование, вербализацию ощущений, проработку и ассимиляцию катастрофических фантазий, работу со слиянием, проекцией, дефлексией, ретрофлексией, проработку личностных границ и развитие способности к межличностному контакту. Работа в группе проводилась как в форме фокусированных сессий с последующей феноменологической обратной связью, так и интерактивном ключе, со спонтанными коммуникациями участников при фасилитации ведущих группы (пара котерапевтов).

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным опросника SCL-90-R клиническая симптоматика пациентов с ГТР до прохождения курса терапии отличается полиморфизмом, с преобладанием соматизации (93%), тревожности (93%) и фобического компонента (93 %). Общий балл (индекс GSI) составил также 93 %. После прохождения групповой гештальт-терапии у пациентов отмечалось выраженное снижение показателей соматизации, тревожности и фобического компонента до нормальных значений, при одновременном значительном снижении параметров паранойальности и враждебности. Данная динамика может отражать эффективность интервенций, направленных на десоматизацию аффекта, с помощью техник телесного фокусирования и вербализации ощущений, а также проработку катастрофических фантазий, отражающих внутриличностную конфликтность и составляющих динамическую основу фобической тревожности, которая наряду с соматизацией преобладает у пациентов данной группы.

По данным опросника ISTA для пациентов с ГТР было свойственно сочетание высоких уровней деструктивной тревоги и нарциссизма, деструктивного Я-отграничения, дефицитарной агрессии и нарциссизма. В процессе групповой гештальт-терапии значительно снижалась выраженность параметров дефицитарной агрессии и деструктивного нарциссизма, при одновременном повышении значений конструктивной агрессии и нарциссизма. Деструктивная тревога по Г.Аммону (1999), проявляется в устойчивом страхе покинутости и избегании новизны, чертах свойственных пограничной личностной организации. Деструктивный нарциссизм при ГТР вероятно носит компенсаторный характер, отражает тенденцию к обесцениванию значимости близости и социальной поддержки, снижению социальных контактов как следствие социального избегания. Сочетание дефицитарной агрессии (проявляющей в зависимости и невозможности отказать другому либо отстоять собственные границы) и деструктивного

внешнего «Я-отграничения» отражает неспособность к гибкой регуляции межличностных границ у данной группы пациентов, колебания между зависимыми формами поведения (межличностным слиянием) и жесткой самоизоляцией, со снижением межличностного доверия и использования социальной поддержки.

В процессе групповой гештальт-терапии улучшается способность к гибкой регуляции межличностных границ, что клинически проявляется в снижении показателей паранойяльности и враждебности при одновременном повышении конструктивной агрессии и нарциссизма, при одновременном снижении деструктивного нарциссизма, отражающих усиление способности к установлению социальных контактов и стабилизацию самоуважения (на это же указывает уменьшение выраженности дефицитарного нарциссизма).

Заключение. В структуре личности пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством, отмечается преобладание деструктивной тревоги, деструктивного нарциссизма, дефицитарной агрессии и дефицитарного нарциссизма и деструктивного внешнего Я-отграничения. Эти показатели отражают структурные дефициты больных ГТР, и прежде всего трудности в регуляции межличностных границ, амбивалентность в установлении отношений, колебания между зависимостью и межличностным слиянием с одной стороны, и тенденцией к самоизоляции и обесцениванию значимости отношений и социальной поддержки с другой. Длительное существующее напряжение, вызванное дефицитами регуляции межличностных границ у данной группы пациентов соматизируется либо смещается в сферу катастрофических фантазий, составляющих основу фобической тревожности. В процессе групповой гештальт-терапии улучшается способность к регуляции межличностных границ, улучшается способность к контакту, происходит стабилизация самооценки, в связи с чем отмечается клиническое улучшение, проявляющееся в снижении показателей общей и фобической тревожности, при выраженном снижении показателей паранойяльности и враждебности.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЪЕКТИВАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Тукаев Р.Д.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра психотерапии и сексологии

Москва, Уфа

Methodological aspects of objectification of the psychotherapeutic process

Tukaev R.D.

За последние 30 лет объем доказательных исследований в области клинической психотерапии достиг уровня метаданных (более 20000 рандомизированных клинических испытаний (РКИ), мета-анализов (МА) и систематических обзоров (СО)), включив, помимо доказательных исследований эффективности, изучение механизмов психотерапии. Число исследований механизмов психотерапии, психометрического плана возросло за последнее десятилетие пятикратно, а число нейровизуализационных исследований психотерапии на основе функционального и структурного МРТ – в 10-15 раз. По данным исследований, психотерапия выходит на позиции первого выбора в терапии тревожных расстройств и обладает существенным терапевтическим эффектом при терапии депрессивных расстройств. Доказательные исследования подтверждают сопоставимость результативности ведущих методов психотерапии.

Наиболее значимым результатом исследований нейрофизиологических механизмов психотерапии является выявление общности, известной степени универсализма нейрональных процессов и механизмов различных методов психотерапии при тревожных,

депрессивных расстройствах и психической травме, с вовлечением саморепрезентации и семантических процессов.

К настоящему времени сделан существенный шаг в адаптации доказательного подхода к исследованиям в психотерапии: 1) отложен вопрос «ослепления» участников исследования; 2) дизайн контроля листа ожидания формализовал и упростил процедуру рандомизации пациентов, приблизив ее к психотерапевтической практике, решая проблему не только внутренней, но и внешней валидности исследования. Однако, отсутствует удовлетворительное решение проблемы дихотомических оценок эффективности психотерапии, подмененное сравнением исходных и последних средне-групповых клинко-психометрических данных, с игнорированием качественных итоговые различий результатов терапии в формате «значительного улучшения» - «выздоровления» и редукции клиники расстройства - «улучшения состояния». Разработанный для оценки результатов индивидуальной психотерапии психометрический инструментарий (опросники PQ, OQ-45, CORE-OM, SQ-48, BSI), в обще-групповом формате используются стандартных РКИ и МА (Carlierl.V., etal., 2017).

Отечественная шкала клинической системной оценки эффективности психотерапии (ШКСО) (Р.Д. Тукаев, 1996, 2006, 2007, 2015, 2021) реализует принцип конечных исходов при психотерапии тревожных расстройств, надежно разделяет качественно различные значительное улучшение (полное восстановление) и улучшение состояния. Применение ШКСО позволило не только доказательно оценить эффективность методики позитивно-диалоговой психотерапии тревожных расстройств (Р.Д. Тукаев, В.Е. Кузнецов, 2015), но и выделить достоверные психометрические предикторы ее эффективности (Р.Д. Тукаев, В.Е. Кузнецов, 2019, 2021). ШКСО удовлетворительно решает проблему конечных исходов в доказательных исследованиях психотерапии.

Накопленный массив доказательных исследований психотерапии, развитие их методологии и расширение инструментальных возможностей, осмысление полученных данных запустили процесс их трансформации, с переходом на качественно новый этап – объективации психотерапевтического процесса. На данном этапе объектом исследования становится собственно психотерапевтический процесс, описываемый внешними, объективными методами исследования (нейрофизиологическими, нейробиологическими, психометрическими, иными), а не «внутренним», герменевтическим языком самого метода. Исследования современного этапа объективации психотерапевтического процесса начинают формировать интегративный тренд действительно объективного анализа результативности, процессов и механизмов психотерапии.

**СПОНТАННЫЕ ОБРАЗЫ СОБСТВЕННОГО БУДУЩЕГО В КЛИНИКЕ СИНДРОМА
ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И ИХ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ СВЯЗЬ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ
РЕМИССИИ**

Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И.

**Московский научно-практический центр-наркологии, Рязанский Государственный
Медицинский Университет им. ак. И.П. Павлова**

**Spontaneous Images of One's Personal Future in Alcohol Dependence and Their Possible
Relationship with Remission Duration**

Tuchina O.D., Agibalova T.V., Shustov D.I.

Спонтанные, то есть без произвольных усилий внезапно возникающие в сознании человека яркие образы собственного будущего описаны в клинике различных психических расстройств (Holmes et al., 2007; Crane et al., 2012; Ng et al., 2016). Как правило, содержанием указанных «вспышек предвосхищения» (англ. flash-forwards, «флешфорварды», по аналогии с феноменом «флешбэков», хорошо исследованных у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)) являются сцены собственной случайной или преднамеренной смерти у суицидентов (Hales et al., 2011; Ng et al., 2016); вероятные ситуации социального неуспеха, столкновения с предметом фобии при тревожных расстройствах (Hackmann, et al., 2009); антиципация проникновения загрязняющих агентов под кожные покровы при обсессивно-компульсивном расстройстве (Rachman et al., 2007). Описаны и явления претравматического стресса у солдат, вызываемого спонтанными образами будущих военных действий (Berntsen & Rubin 2015), причем наличие подобных «флешфорвардов» оказывается прогностичным для возникновения симптомов ПТСР по факту военного столкновения. Кроме того, наличие подобных спонтанных образов будущего ассоциировано с большей выраженностью тревожных расстройств и депрессии, суицидальными мыслями и попытками, саморазрушительными действиями (Holmes & Mathews, 2010). Когнитивным механизмом возникновения «флешфорвардов» предположительно являются определенные искажения эпизодического моделирования (Conway et al, 2016), возможно, связанные с нарушениями процессов торможения, которые не позволяют предотвратить произвольное возникновение дезадаптивных образов будущего в ответ на, скорее, неочевидный стимул. Поскольку «флешфорварды» часто отражают центральные конфликты или аспекты психического расстройства (сцены смерти при депрессии и парасуицидах, угрожающий объект при фобии, нереалистичные цели в маниакальной фазе биполярного расстройства и др.), некоторые авторы относят их к имплицитным когнициям – плохо осознаваемым и носящим автоматический характер – оказывающим отсроченный эффект на возникновение нежелательного поведения, суицидальной попытки или акта самоповреждения или употребления психоактивного вещества (Cole & Kvavilashvili, 2019; Baumeister et al 2018). «Флешфорварды» описаны у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя лишь в рамках отдельных клинических случаев (Shustov et al., 2019), при этом многими исследователями и практикующими психотерапевтами подчеркивается потенциальная негативная роль спонтанных образов будущего в срыве ремиссии у пациентов с зависимостями (Markus & Hornsvelt 2017).

Целью исследования в выборке пациентов с синдромом зависимости от алкоголя стала оценка влияния характеристик произвольных и произвольных моделей (образов) долгосрочного будущего и окончания жизненного пути на продолжительность ремиссии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Методология исследования. Выборка. В исследовании приняли участие 61 пациент мужского пола с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (F 10.2 по МКБ-10), средняя стадия, в возрасте от 25 до 69 лет без коморбидных психических и наркологических расстройств, грубых интеллектуально-мнестических нарушений по факту нейропсихологического обследования, находящиеся на этапе медицинской реабилитации, со сроком трезвости не менее 14 дней и историей злоупотребления алкоголем не менее 14 лет.

Методы исследования. Наличие и содержание спонтанных образов окончания собственной жизни («флешфорвардов» смерти) устанавливалось в ходе полуструктурированных клиничко-анамнестического интервью (Шустов Д.И. и соавт., 2000). Причины смерти категоризовались в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10-го пересмотра. Отдельно выделялась прогнозируемая возможность смерти, связанной с употреблением алкоголя. Наличие «флешфорвардов» алкогольсвязанной смерти включалось в модель линейного регрессионного анализа для оценки влияния характеристик произвольных моделей (образов) окончания жизненного пути на продолжительность ремиссии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Результаты и обсуждение. По результатам полуструктурированного интервью факты возникновения спонтанных (то есть внезапных, произвольных) образов собственной смерти отметили 26% (16 человек) участников. Большинство из них (14 человек) отмечали, что смерть в данных образах будущего может быть связана с употреблением алкоголя (конфликты в состоянии опьянения, нападение, цирроз и т.д.).

Факт наличия «флешфорвардов» алкогольсвязанной смерти ($\beta=-0,25$; $t=-2,6$; $p=0,01$) вошел в модель линейной регрессии для длительности максимальной ремиссии наряду с такими переменными как процент событий «культурного сценария» в целостной репрезентации жизненного пути по методике «Линия жизни» (Нуркова В.В., 2000); наличие особенностей присвоения имени в семье пациента; наличие родственников, достигших ремиссии АЗ в семье; произвольное моделирование (прогноз) внезапной смерти пациентом; число значимых психических репрезентаций родственников пациента. Вся модель объясняла порядка 50% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,51$, $0,45$ с коррекцией, $SE=1281,5$; $F=9,2$; $p<0,001$). Распределение остатков было приближено к нормальному, автокорреляции отсутствовали ($DW=1,8$).

Фактор наличия спонтанных образов алкогольсвязанной смерти оказывал отрицательное влияние на длительность максимальной ремиссии пациентов с АЗ. Полученные данные корреспондируют с результатами эмпирических исследований (Holmes & Mathews, 2010; Ng et al., 2016) роли «флешфорвардов» в актуализации эмоциональных расстройств, а также несуицидального и суицидального аутоагрессивного поведения, как и ряд наблюдений, описанных в рамках исследований клинических случаев аутоагрессии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (Shustov et al., 2019). С функциональной точки зрения спонтанные, не осознаваемые до момента своего возникновения яркие образы смерти либо травматичных событий и «предупреждают» человека о возможном наступлении негативного события (Cole & Kvavilashvili, 2019). Вместе с тем, их можно рассматривать и как автоматическую манифестацию (разрядку напряжения по К. Левину (1938)) неактуализованных аутоагрессивных намерений, то есть проявление деструктивных когнитивных схем по типу «Если я прекращу пить, я умру», «Если что-то пойдет не так, я всегда могу убить себя (алкоголем)», составляющих основу негативного когнитивного смещения у пациентов с суицидальными тенденциями (Beck et al., 1991).

Заключение. В связи с небольшим, но значимым негативным влиянием факта наличия спонтанных образов смерти у пациентов с алкогольной зависимостью на один из

показателей длительности ремиссии, а также в связи с подтвержденной ролью «флешфорвардов» в манифестации ряда психических расстройств, часто встречающихся в сочетании с алкогольной зависимостью, данные образы можно было бы рассматривать в качестве значимого фактора риска срыва ремиссии и учитывать его в психотерапии данных пациентов.

**ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В СООБЩЕСТВЕ: ЦЕЛИ, МИШЕНИ, ОЦЕНКА
ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Тюменкова Г.В., Солохина Т.А.

**ФГБНУ "Научный центр психического здоровья", отдел организации психиатрических
служб**

Москва

**The program of comprehensive psychotherapeutic and psychological assistance for patients
with schizophrenia in the community: goals, targets, effectiveness assessment**

Tiumenkova G.V., Solokhina T.A.

В настоящее время непосредственно в сообществе в условиях некоммерческих организаций активно реализуется широкий спектр инновационных технологий, предназначенных для реабилитации лиц с тяжелыми психическими заболеваниями.

Цель: разработка методических основ оказания комплексной психотерапевтической и психологической помощи пациентам с шизофренией в сообществе в условиях некоммерческой организации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 43 пациента с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, средний возраст участников составил $39,5 \pm 9,5$. Для целостной оценки состояния пациентов, определения целей и терапевтических мишеней реабилитационной работы, ее эффективности осуществлялся комплексный подход к диагностике, предусматривающий оценку клинических, психологических и социальных характеристик. Для оценки клинических параметров применялся клинко-психопатологический метод, а также шкалы PANSS и CGI. Психологический статус оценивался с использованием батареи опросников: осознания болезни (Birchwood et al., 1994), отношения к лекарственным препаратам (Hogan et al., 1983), качества жизни SF-36 (Ware et al., 1993), определения уровня мотивации (URICA, McConaughy et al., 1983), копинг-стратегий (Amirkhan, 1990), тестов для количественной оценки когнитивных функций, ряда других шкал. Социальная адаптация определялась с помощью «Шкалы автономии» (Морозова, Рупчев, 2015). Для статистической обработки использовались методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. Концептуальная основа психотерапевтической программы базируется на интеграции идей ряда теоретических подходов, среди которых теория социального научения, когнитивно-поведенческая терапия, телесно-ориентированная психотерапия, образовательная кинезиология, теоретические и прикладные аспекты групповой работы. В комплексную программу входят вмешательства с доказанной эффективностью, а также собственные разработки, имеющие научное обоснование. Программа включает психообразование, тренинги (мотивационный, когнитивных и социальных навыков, по развитию самоуправления психоэмоциональным состоянием и др.), а также арт-терапевтические методы, среди которых танцевально-двигательная терапия, арт-терапия, музыкотерапия, театротерапия. Важное значение придается терапии средой, партнерскому стилю взаимоотношений.

В процессе исследования на каждого участника программы составлялся индивидуальный реабилитационный план, который учитывал результаты обследования, личностные особенности пациента, цели и мишени психотерапевтических воздействий. Обозначались долгосрочные цели, отражающие будущую перспективу (улучшение социального функционирования, интеграция в общество, трудоустройство, учеба и проч.), и краткосрочные (конкретные) цели, обусловленные определенным психотерапевтическим вмешательством. Так, например, при проведении психообразования конкретными целями работы являлись разъяснение биопсихосоциальной модели психических расстройств, обучение распознаванию симптомов-предвестников рецидива, совладанию с остаточной симптоматикой, выявление источников стресса и совладание с ними и др.

Важным аспектом исследования являлось выявление терапевтических мишеней. В настоящем исследовании под дефиницией терапевтическая мишень был принят клинко-психотерапевтический феномен (характеристика), изменение которого является задачей воздействия. Терапевтическими мишенями, на которые в процессе реабилитационной программы были направлены психотерапевтические вмешательства, являлись сниженные когнитивные функции, неадаптивные копинг-стратегии, низкая комплаентность, отрицание болезни, неумение распознавать симптомы рецидива, отсутствие навыков совладания с остаточной симптоматикой, высокий уровень самостигматизации, низкая стрессоустойчивость, дисфункция семейной системы и ряд других мишеней, точно воздействовать на которые позволял комплексный подход.

Для определения эффективности базовой психотерапевтической программы (психообразование, мотивационный тренинг, тренинг социальных и когнитивных навыков) длительностью 6 месяцев определены измерительные инструменты и критерии оценки. Установлено существенное улучшение показателей по шкале PANSS (средний балл психопатологической симптоматики снизился с $69,0 \pm 9,9$ до $61,2 \pm 8,8$, $p < 0,05$) и CGI (средний балл по завершению программы $2,0 \pm 0,8$ балла). Улучшились осознание болезни, понимание необходимости медикаментозного лечения, повысилась мотивация, появилась тенденция к улучшению ряда когнитивных функций. Участники программы продемонстрировали более высокий уровень активности и целенаправленности деятельности, способность осваивать новые социальные навыки и реализовывать их.

Заключение. Полученные данные будут использованы при разработке методического инструментария на основе системного подхода и метода анализа иерархий для оценки эффективности психотерапевтической/психосоциальной помощи больным шизофренией в психиатрических учреждениях и некоммерческом секторе.

СПЕЦИФИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ К СМЕРТИ

**Усова Л.Е., Григорьева А.А.
ФГБУ "НМИЦ ПН им. Сербского"
Москва**

**Specificity of perceptions and emotional attitude of adolescents to death
Usova L.E., Grigoryeva A.A.**

Формирование представлений о жизни, а вместе с тем и представлений о смерти активно происходит в подростковый период, что связано процессами самоидентификации, формирования независимой от взрослых картины мира и образа-я. Недостаток исследований, отражающих специфику восприятия подростками темы смерти лежащей в основе разных форм аутоагрессивного поведения во многом определяет актуальность научных поисков в направлении изучения их отношений к феномену смерти.

Цель исследования: Описание специфики когнитивного и эмоционального компонентов отношения подростков к смерти.

Отношение к смерти является многогранным феноменом, объединяющим в себе такие категории, как концепция смерти, страх смерти, принятие смерти и чувств по отношению к ней. Концепция смерти включает в себя совокупность представлений о ней. Отечественные ученые, опираясь на концепцию В.Н. Мясищева, рассматривают отношение к смерти как субъективную оценку на когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом уровнях.

Представление о смерти человека является ответом на вопрос «Что такое смерть?», но не сводится к ее образу, а фактически является содержанием когнитивного компонента отношения к смерти, базируясь на научных и религиозных знаниях. Смерть может пониматься с одной стороны как «переход в другое состояние», в том числе вера в жизнь после смерти, с другой, смерть - как «абсолютная конечность». Р. Моуди разделял представление о смерти как о «засыпании», исчезновении сознания и смерти как часть человеческого существа после разрушения физического тела. К эмоциональному компоненту отношения к смерти относится «непринятие смерти», включающее страх и отрицание данной темы и «принятие смерти» (негативное, позитивное и нейтральное). В современных исследованиях, описывая взаимосвязь феномена смерти с ценностно-смысловой сферой ученые соотносят высокий уровень страха смерти со снижением показателем жизненной включенности, осмысленности жизни. Избегание темы смерти является одним из механизмов психологической защиты. В рамках теории управления смыслом рассматриваются положительные аспекты отношения к смерти. Человек должен принять собственную смертность, чтобы прожить жизнь полноценно. В случае принятия, смерть воспринимается как закономерный процесс. Выделяется «нейтральное» принятие смерти - смерть часть жизни, «позитивное» - из-за неизбежности смерти возрастает ценность жизни, и «негативное» - смерть является желаемым исходом для избавления от страданий. В эмпирических исследованиях установлено, что разные типы отношения могут сосуществовать у одной личности

Когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты представления о смерти имеют свою возрастную динамику. В целом исследователи сходятся во мнении о том, что представления о смерти «созревают».

При изучении детского понимания смерти некоторые авторы считали, что к младшему подростковому возрасту дети осознают не только конечность и необратимость смерти, но и ее неизбежность, а также начинают верить в собственную смертность, что означает

формирования зрелого понимания смерти. Однако присутствует и точка зрения, при которой понимание личной смертности не доступно даже в подростковом возрасте.

В когнитивном компоненте отношения к смерти подростков младшего и старшего возрастов отечественные исследователи указывают на то, что с возрастом подростки перестают верить в жизнь после смерти и начинают рассматривать смерть как абсолютный конец, объясняя это необходимостью подростков в установлении собственной жизненной позиции, отличной от позиции взрослых.

В эмоциональном компоненте у обеих возрастных групп присутствует негативная эмоциональная реакция к феномену смерти. Показатели выраженности страха смерти в разных возрастных группах не отличались, однако по содержанию: младшие подростки сильнее боятся неожиданной смерти, старшие подростки - мучительной смерти и осознания скоротечности времени. У младших подростков при том, что разграничение понятий «жизнь» и «смерть» уже сформировано, присутствует эмоциональное абстрагирование отношения к смерти от собственной личности. Эксперимент японских ученых показал, что размышления подростков о смерти улучшали их отношение к понятию времени, повышая его значимость.

Особое внимание обращают на себя ситуации, когда подросток сталкивается со смертью своих сверстников, в частности по причине самоубийства. Подростки, привыкшие относиться к смерти как к абстрактному понятию, сталкиваются лицом к лицу с данным феноменом и пониманием, что даже человек его возраста не застрахован от окончания жизни. Это может спровоцировать примеривание на себя позиции суицидента «а мог бы я поступить также?». В исследовании, проведенном американскими психологами, было выявлено, что подростки, столкнувшиеся с суицидом родных и близких, испытывают отвращение к жизни, они принимают смерть, суицидальное поведение других и свое собственное.

Считается, что самые близкие к умершим сверстникам часто оказываются в группе повышенного риска после самоубийства одноклассника. Однако некоторыми исследованиями подтверждается, что знакомые и друзья, менее близкие к умершему, подвергаются даже большему риску суицидальных мыслей и поведения, так как им не оказывается должного профилактического внимания.

Заключение. Таким образом, можно выделить такие компоненты отношения подростков к смерти как когнитивный, эмоциональный и поведенческий. В исследовании компонентов отношения к смерти выявлено, что в подростковом возрасте осуществляется переход от понимания смерти как перехода в иное состояние до осознания абсолютной конечности существования. В целом изучение темы представлений подростков о смерти может иметь важный психологический аспект, особенно в ситуациях, когда дети сталкиваются со смертью своих сверстников по причине суицида. В данном случае формирование зрелого понимания феномена может иметь профилактическое значение.

**СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В САНКТ-
ПЕТЕРБУРГЕ**

Фесенко Ю.А.

**СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С.
Мнухина**

Санкт-Петербург

Modern organization of the children's psychiatric service in st. Petersburg

Fesenko Iu.A.

Сегодня происходит все большее ориентирование на региональную модель оказания психиатрической помощи (с вариантами, в зависимости от социально-медицинских условий отдельного региона страны), которая состоит из профилактики и психообразования, раннего вмешательства, кризисной службы, острых стационарных отделений, специализированных служб, реабилитации, службы поддержки и защиты.

Для осуществления полноценного функционирования подобной модели необходим окончательный переход к полипрофессиональной модели и бригадному подходу к оказанию помощи пациентам с психическими расстройствами, когда работу психиатров дополняет достаточное количество психотерапевтов, клинических и медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, логопедов. Примером успешного функционирования подобной модели может служить структура СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (далее – ЦВЛ).

Сегодня ЦВЛ объединил под своим началом все структуры, обеспечивающие полное дифференцированное бесплатное лечение детей и подростков, страдающих нервно-психическими расстройствами, и включает в себя: 6 диспансерных отделений (осуществляют амбулаторное обслуживание детей и подростков всего города и пригородов), 6 стационарных отделений, отделение кризисно-профилактической помощи детям и подросткам с Детским телефоном доверия, детский дневной стационар, психоневрологический реабилитационный дневной стационар со школой интегрированного обучения, консультативно-методическое отделение с консультативным приемом, психотерапевтическое отделение по лечению неврозов и речевой патологии. Стационар Центра развернут на 280 коек (6 отделений): психиатрическое для детей дошкольного возраста от 3 до 7 лет с речевой патологией на фоне умеренных психических расстройств; психиатрические отделения для мальчиков в возрасте от 3 до 11 лет и от 12 до 14 лет, для девочек в возрасте от 3 до 14 лет; психиатрические отделения для мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет (включительно) и девочек-подростков в возрасте от 15 до 17 лет (включительно) в состоянии обострения или с диагностической целью.

В стационарных отделениях осуществляется мультидисциплинарный подход при оказании помощи пациентам: психиатрами, психотерапевтами, психологами, логопедами, педиатрами, неврологом, офтальмологом, клиническим фармакологом, инфекционистом, дерматологом, эндокринологом, сурдологом, генетиком, гинекологом, эпилептологом. В отделениях работает школа.

Максимальная длительность пребывания в стационаре составляет 70 дней.

Амбулаторная помощь. Наблюдение за детьми с психическими расстройствами и консультирование законных представителей по вопросам психических нарушений у их детей является важнейшей, но далеко не единственной целью амбулаторных психиатрических подразделений. Они делятся на диспансерные и консультативные подразделения.

Диспансерная помощь. Активность, непрерывность и длительность психиатрической помощи больным с психическими расстройствами является основной целью и отличительной чертой психоневрологического диспансерного учреждения. Основная цель детского и подросткового диспансерного психиатрического отделения – оказание психиатрической помощи детям и подросткам преимущественно по месту, приближенному к их фактическому проживанию. Лечебная задача диспансерных психоневрологических подразделений сводится к поддержанию устойчивого психического равновесия, позволяющего пациенту ориентироваться в социальном пространстве. К ключевым лечебным мероприятиям также относится обеспечение лекарственными средствами пациентов льготной категории, несовершеннолетних пациентов и детей-инвалидов с психическими расстройствами. Диспансерный врач-психиатр отвечает за создание индивидуального перечня задач социальной адаптации; психообразование (психопросвещение) законных представителей ребенка с психическим расстройством, направленных на создание для ребенка с психическим расстройством комфортных бытовых и психологических условий.

В четырех диспансерных отделениях функционирует детский дневной реабилитационный стационар на 25 мест.

Консультативно-лечебная помощь в амбулаторном психиатрическом подразделении является важнейшим видом психиатрического лечения. Своевременно оказанная консультативно-лечебная помощь в ряде случаев может привести к полной компенсации нарушенного психического состояния ребенка, лечь в основу дальнейшего эффективного психиатрического лечения, стать основой эффективного взаимодействия родителей ребенка с детским психиатром.

В Центре созданы и успешно функционируют различные подразделения консультативно-лечебной помощи.

Психоневрологический детский дневной стационар (ПНДДС) на 60 мест для детей в возрасте от 3 до 7 лет с психическими нарушениями. В него поступают дети по направлению амбулаторных психиатров города, из консультативных отделений ЦВЛ, а также по переводу из стационара ЦВЛ. Основными показаниями для направления в ДДС являются: осложненные различными психопатологическими синдромами задержка психического, речевого развития, умственная отсталость, резидуально-органическое поражение головного мозга, эпилепсия, аутизм, шизофрения и др. ПНДДС работает по режиму детского дошкольного учреждения, что позволяет ребенку легче и быстрее адаптироваться при поступлении в стационар и при возвращении его обратно в ДДУ, а также позволяет проводить весь комплекс лечебно-диагностической и реабилитационной работы без отрыва ребенка от семьи.

Психоневрологический реабилитационный дневной стационар (ПНРДС) со школой интегрированного обучения на 100 мест для детей, имеющих патологию головного мозга резидуально-органического генеза и сохранный интеллект. В отделении осуществляется проведение широкого комплекса реабилитационных медико-психолого-педагогических мероприятий для ребят со специфическими нарушениями школьных навыков, не связанных с умственной отсталостью, нарушением внимания, памяти, общения, а также детям со школьной дезадаптацией, обусловленной невротическими расстройствами и личностными особенностями, которые затрудняют пребывание в обычном школьном коллективе. В помещении отделения функционирует школа интегрированного обучения с 5 по 9 классы. В классах по 12 человек. Школа работает в тесном контакте со специалистами всех профилей и всех подразделений ЦВЛ.

В отделении медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» (бывшее кризисно-профилактическое отделение) оказывается

помощь врачами-психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами. Проводится психотерапевтическая и психокоррекционная работа с детьми и семьями при возникновении проблем поведенческого характера (девиантного, делинквентного, школьной дезадаптации, семейной дезадаптации, с компьютерной зависимостью), а также при опасности возникновения нервно-психических расстройств, связанных с физическим, сексуальным, психологическим насилием.

Созданный на базе Центра Детский телефон доверия с единым общероссийским номером и возможностью многоканального обслуживания абонентов существенным образом расширил возможности решения проблем детей и подростков. Служба телефона доверия функционирует круглосуточно, в смену работают 4-5 психологов-консультантов и 1 супервизор. Основной задачей работы телефона доверия является оказание помощи детям и подросткам с суицидальными намерениями и профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних. Доступность психологической помощи по телефону обеспечивает одно из важных направлений в профилактике суицидального поведения.

Организационно-методическое консультативное отделение с консультативным приемом проводит комиссионные консультации детей и подростков от 0 до 18 лет, комплексную психолого-психиатрическую экспертизу. Направленные на консультацию больные обследуются бригадным методом: всеми специалистами, включая психиатра, невролога, психолога, логопеда и по показаниям – эпилептологом и психотерапевтом.

Психотерапевтическое отделение. Одной из задач отделения является реабилитация детей, страдающими невротами, невротоподобной и речевой патологией с адаптацией их к условиям современной жизни в семье, в школе, других общественных и детских учреждениях и коллективах. Одной из основных функций отделения является консультативно-диагностическая работа и лечение пациентов с непсихотическими психическими, пограничными психическими расстройствами, патологией речи, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии. Основное направление лечебной работы отделения – психотерапевтическое, психокоррекционное. Также используется психофармакотерапия, логопедическая помощь, физиотерапевтическое лечение.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ
СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В., Гуреева О.А.

**ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены, профпатологии и экологии
человека» ФМБА России, Санкт-Петербургский юридический институт (филиал)**

Университета прокуратуры РФ

Санкт-Петербург

**ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF THE FORMATION OF A MODERN SYSTEM FOR THE
PRESERVATION OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION**

Fillipov V., Fillipova U., V., Gureeva O., A.

Актуальность формирования современной системы сохранения психического здоровья населения обусловлена продолжающимся ростом заболеваемости социально значимыми болезнями и распространенностью непсихотических психических расстройств. Среди ведущих дестабилизирующих факторов психического здоровья необходимо выделить высокое нервно-психическое напряжение, обусловленное негативными условиями среды обитания (социально-психологическое и социально-экономическое напряжение, информационный стресс, вредные и опасные условия труда и другие).

Из-за отсутствия психиатров-психотерапевтов в больницах и поликлиниках остро стоит проблема выявления всех диагностических групп больных с непсихотическими психическими расстройствами, что ограничивает доступность своевременной помощи. Продолжается накопление в обществе больных с непсихотическими расстройствами, что формирует негативные последствия.

Организации экономического сотрудничества и развития указывает на важность проблемы связанной с психическим здоровьем приводя данные о доли психических заболеваний среди всех болезней в Великобритании, составляющих 28 % и которые ежегодно обходятся экономике Великобритании в сумму до 70 млрд фунтов стерлингов, или 4,5 % её ВВП. Исследование, проведенное Гарвардской школой общественного здравоохранения и Всемирным экономическим форумом, показало, что совокупный ущерб мировой экономике к 2030 году от психических заболеваний прогнозируется до 6 трлн. долларов США. При этом совокупные расходы на здравоохранение в мире в 2009 году составили 5,1 трлн долларов США.

По данным ВОЗ до 40% пациентов, которые обращаются к врачам общей практики, не нуждаются ни в какой медицинской помощи, кроме психотерапии. Психические заболевания, приводящие к потере трудоспособности и досрочному выходу на пенсию, обходятся экономике Евросоюза в 3–4 % его ВВП. По данным ЮНЕСКО в европейских странах пациенты с психическими расстройствами занимают коек больше, чем больные раком, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями вместе взятые.

Учитывая существующие проблемы были приняты ФЗ РФ и подзаконные документы, касающиеся психического здоровья (всего более 40), проведено три заседания Совета безопасности РФ и общественной палаты при Президенте РФ, что указывает на необходимость безотлагательного решения данной архиважной проблемы.

Материал и методы. Представлены краткие данные о ситуации с психическим здоровьем, формирующим коморбидность при социально значимых заболеваниях, негативно влияющих на все сферы жизни и деятельности людей и развитие государства. В качестве источников информации использованы медико-статистические данные ВОЗ, российской медицинской статистики об основных показателях деятельности психиатрических служб и научные материалы отечественных исследователей [Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В., 2011; Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина

И.А., 2016; Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., Творогова Н.А., Пронина Л.А., 2016 и др.]. Рассмотрены подходы к формированию механизма реализации директивных документов РФ, касающиеся психического здоровья.

Проведен анализ госпитализаций 8726 пациентов в терапевтические и неврологические отделения многопрофильной соматической больницы, включая экономические затраты, выставленные на оплату страховым компаниям за лечение. При оценке психического состояния обследованных лиц использована МКБ-10, а также критерии, принятые в отечественной психиатрии и изложенные в руководствах и глоссариях. Обработка результатов проводилась с помощью программ StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Психическим расстройствам в России принадлежит более 40% всех хронических заболеваний. За последние годы из-за психических расстройств на 13% возросло число инвалидов. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15 % детей, 25 % подростков и до 40 % призывников. При этом, около 50% увольняются из армии по психическим заболеваниям.

Анализ исследований, проведенных нами на разных территориях России, в МСЧ и больницах, показал высокую распространенность психосоматических расстройств среди населения - более 50%, среди пациентов соматического стационара более 80%, а депрессий различной степени выраженности среди населения более 40%.

Учитывая важность проблемы проведен анализ госпитализаций 8726 пациентов в терапевтические и неврологические отделения многопрофильной соматической больницы.

Среди госпитализированных больше всего было пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) (25,5%), гипертонической болезнью (ГБ) (20,2%) и диабетом (13,8%), что составило более половины больных - 59,5%. Остальные психосоматические расстройства – бронхиальная астма (БА), вегетососудистая дистония (ВСД), тиреотоксикоз, язвенная болезнь желудка (ЯБ) и неспецифический язвенный колит составили 28,5%. Отдельно стояла группа больных с острым нарушением мозгового кровообращения – (12,0%), что также требовало наблюдения и лечения у психиатра-психотерапевта.

Средний койко-день у пациентов с ИБС составил 9,7; ГБ – 10,5; диабетом 15,1; тиреотоксикозом – 16,3; ЯБ – 12,9; неспецифический язвенный колит – 14,3; бронхиальная астма – 12,9; вегетососудистая дистония (ВСД) и головные боли напряжения – 9,3; ревматоидный полиартрит – 11,3. У пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения средний койко-день – 14,0. Вся сумма оплаты страховым компаниям за лечение пациентов, составила 150420103,49 руб. Из них, 107262548,84 руб. затрачено на лиц, страдающих различными психосоматическими расстройствами, и 43157554,65 руб. оплата за лечение пациентов с ОНМК.

Роль и место психиатра-психотерапевта в системе медицинской помощи данным пациентам очевидна, но оказать ее в рамках финансирования существующих ОМС и даже ДМС (возможна разовая консультация) не представляется возможным. В результате бюджеты здравоохранения и социальной защиты ежегодно теряют огромные средства из-за неоказания адекватной специализированной помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами.

До настоящего времени у руководителей исполнительной власти отсутствует понимание важности данной проблемы, имеющей негативные социально-экономические последствия, а реализация директивных документов остается неудовлетворительной.

Заключение. Потребность в современных организационных подходах к сохранению психического здоровья населения определяется признанием роли психического здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности

государства, стабильности и благополучия общества. Для обеспечения выполнения Приказов Минздрава России, касающихся сохранения психического здоровья населения, представляется целесообразным проведение детальной проверки их выполнения в подчиненных органах здравоохранения.

Национальному медицинскому исследовательскому центру психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева совместно с РОП, РПА и ПМПА необходимо разработать документы для законодательного обеспечения работы организационно-методической структуры, регулирующей основные направления развития психотерапии и медицинской психологии в России. Добиться выполнения приказа Минздрава России от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи» (вместе с прилагаемыми приложениями ...) и других директивных документов в области психического здоровья людей. Разработать Федеральную Целевую Программу на 2022-2026 годы «Сохранение психического здоровья населения как основы национальной безопасности Российской Федерации».

ДИСТАНЦИОННЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Хайретдинов О.З.

**ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.
Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»**

Москва

Remote psychosocial interventions for adolescent eating disorders

Khairtdinov O.Z.

В период эпидемиологических ограничений в связи с пандемией COVID-19 усугубление состояния пациентов с расстройствами пищевого поведения (РПП) может быть обусловлено влиянием дополнительных факторов: повышением уровня тревоги и депрессии в связи с социальной изоляцией, вынужденным снижением уровня активности и изменением режима питания в ситуации круглосуточного присутствия членов семьи, ограниченной доступности привычных продуктов (Di Renzo L. et al., 2020). В условиях снижения доступности амбулаторной и плановой стационарной медицинской помощи возросла актуальность дистанционных форм взаимодействия со специалистами.

В Центре им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ в период с 01.04.2020 по 19.09.2021 осуществлены 4332 телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «врач (специалист) – пациент (законные представители)», из них 3451 (79,7%) проведены психологами, врачами - 820 (18,9%), логопедами и специалистом по работе с семьей – по 30 (0,7%). Преобладающая часть ТМК, в том числе для подростков с РПП, реализована клиническими психологами в варианте семейного консультирования с участием госпитализированного пациента и его родителей (законных представителей), не имевших доступа в стационарные отделения в связи с противоэпидемиологическими мерами.

В 2020–2021гг. опубликован ряд зарубежных руководств и клинических рекомендаций по проведению дистанционных психосоциальных вмешательств и сопровождения пациентов с РПП (Couturier J., Pellegrini D., Miller C. et al., 2021; Couturier J., Isserlin L., Norris M. et al., 2020; Matheson B.E., Bohon C., Lock J., 2020; Cooper M., Reilly E.E., Siegel J.A. et al., 2020 и др.) По опыту специалистов Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, так же как и по данным указанных публикаций, трудности и проблемы оказания дистанционной помощи при РПП касались обеспечения конфиденциальности, достоверности результатов взвешивания в домашних условиях, негативизма в отношении оказания помощи со стороны пациентов, сложностей вовлечения членов семьи в семейное консультирование, сравнительно

высокой частотой прерывания ТМК со стороны пациентов и/или их родителей, а также двойственным отношением пациентов к видеосвязи в связи с дисморфофобическими переживаниями (Fernández-Aranda F. et al., 2020) и необходимостью применения мер экстренного реагирования в критических ситуациях.

Обсуждаются различные варианты дистанционных (телемедицинских) психосоциальных вмешательств для пациентов с РПП: семейная терапия (i-FBT); программа профилактики рецидивов (i-MANTRA; Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults); программы самопомощи на основе CBT (Feedback, Overcoming Bulimia Online, VIA-Virtual Intervention for AN); интернет-библиотерапия на основе CBT (BIB-GSH, Bibliotherapy-guided self-help); модулируемая когнитивная реабилитационная терапия (i-CRT); терапия повышения мотивации (i-MET); групповые вмешательства на основе CBT; модулируемые онлайн-форумы; приложения для смартфонов (TCApp, Recovery Record, Student Bodies); самоотчеты по e-mail и/или видео-ТМК (настроение, дневник питания, активности) и др. Предложены такие варианты дистанционных психосоциальных вмешательств для родителей пациентов с РПП как структурированные материалы по психообразованию и навыкам взаимодействия с пациентом по вопросам питания (для самостоятельного применения и с дополнительным сопровождением/инструктированием); модулируемые онлайн-форумы для родителей и пр.

В ближайшей перспективе рассматривается возможность расширения амбулаторного сопровождения пациентов с РПП Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ с применением телемедицинского мониторинга параметров психического и соматического состояния с включением в протокол помощи комплексных детализированных психосоциальных вмешательств, включая дистанционные формы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА PN В ДИАГНОСТИКЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Чиркова Ю.В.

**ГБОУ 2-я Санкт-Петербургская Гимназия
Санкт-Петербург**

**The use of Projective Technique PN in diagnosis children's anxiety disorders
Chirkova J.**

Последние десятилетия наблюдается значительное увеличение количества исследований, посвященных проявлению тревоги в детском возрасте. Интерес специалистов к диагностике, а также к возможности профилактики тревоги у детей возрастает. В работе детского клинического психолога проективные методы занимают особое место, в первую очередь, благодаря их многогранному диагностическому и психотерапевтическому потенциалу.

Российские специалисты достаточно часто используют в своей практической работе Тест Детской Апперцепции (Children's Apperception Test, сокращенно CAT). Нам хотелось бы поделиться опытом использования проективного теста практически неизвестного, как в англоязычных странах, так и в России. Речь идет о тесте Луи Кормана «Приключения Чернолапки» (Les aventures de Pattenoire, сокращенно PN).

Чернолапка – это кличка главного персонажа предъявляемых ребенку таблиц, поросенка с черным пятном на задней левой лапе. В свое время, выбранный Л. Корманом в качестве героя, поросенок, неоднократно подвергался критике с психоаналитической позиции. Проведенное нами пилотное исследование показало, что дети 7-10 лет с огромным интересом и воодушевлением принимали стимульный материал.

Методика состоит из девятнадцати черно-белых таблиц. Это набор из пятнадцати картинок на белом фоне и двух на черном (изображают ночь), рассказывающих о жизни поросенка Чернолапки и его семьи. Также имеется фронтиспис и таблица «Фея», которая является кульминационной. На картинках присутствуют другие животные и люди, что позволяет расширить спектр установок за пределы семейных.

Тест «PN» позволяет выявить широкий круг проблем у ребенка, которые могут быть связаны и определять особенности тревожных состояний: восприятие ребенком окружающего мира и своего места в нем; отношение к родителям, восприятие их, как супружеской пары; проблемы конкуренции и взаимоотношений с сиблингами; детские страхи; адаптационные возможности ребенка; особенности мотивационной сферы и защитных механизмов; содержание потребностей, бессознательных переживаний и конфликтов; наличие психических нарушений.

В отличие от САТ данный тематический тест позволяет исследователю более глубоко изучить такие темы, как оральная, анальная, Эдипов комплекс, агрессия, конфликт зависимость/автономия, тема вины, депрессивная тема, тема «отец- кормилец», «идеальная мать».

Обследование состоит из пяти этапов, требует достаточного количества времени (от 60 до 90 минут) и проводится за один сеанс. В дальнейшем, стимульный материал может быть использован в психокоррекционной работе.

Процедура проведения отличается от обычной процедуры тематических проективных тестов, когда картинки предлагаются испытуемому в строго определенном порядке. Основная идея, заключается в том, чтобы позволить ребенку выбрать любые понравившиеся картинки, расположить их по своему усмотрению и составить связный рассказ. Тест позволяет анализировать проективную и защитную направленность ребенка, выражающуюся в последовательности выбранных картинок, определенную ребенком, а не навязанную экспериментатором. Тот факт, что ребенку предлагается составлять рассказ только по выбранным им картинкам и сделать свой выбор: «нравится - не нравится», позволяет лучше проявляться амбивалентности, предпочтению, отрицанию.

Главная идея – предоставление ребенку полной свободы: свобода в выборе картинок для составления рассказов, или свобода избежать картинок, которые не нравятся. Возможность рассказывать, что было, что есть, что будет – перемещение во времени. Свобода в распределении картинок на две группы: «любимые» – «нелюбимые». Возможность изменить содержание не понравившейся картинки.

Интерпретация полученного материала осуществляется по тем же схемам, что и другие тесты апперцепции. При диагностике тревожных состояний особое внимание уделяется анализу таблиц, которые были отвержены ребенком.

Нами было проведено пилотное исследование на группе, состоящей из 30 детей (17 девочек, 13, мальчиков) 7-10 лет с нормальным развитием. Мы отметили, что менее директивный характер методики по сравнению с САТ, благоприятно сказывался на работе детей. Дети работали с удовольствием, спрашивали, будем ли еще рассматривать и обсуждать картинки.

Анализ каждой таблицы осуществлялся по двум направлениям: манифестное содержание (включая анализ первичных и вторичных деталей) и латентное содержание. Качественный и количественный анализ результатов выборов позволил нам выделить таблицы, наиболее часто принимаемые / отвергаемые детьми данной выборки.

Латентное содержание таблиц по типу «отвержения» чаще всего определяемых детьми: у 100% детей - тема приемной матери или замены; у 95% - отношения зависимости и тревога, связанная с разлукой; у 91,5% - тревога, связанная с разлукой, агрессия в семейных

отношениях, самонаказание; у 83,2% - агрессия по отношению к родительской картине; у 81,3% - тема агрессии, страх кастрации.

Анализ рассказов по таблицам и ответов на заданные вопросы позволил зафиксировать, что в данной группе почти 80 % детей идентифицируют себя с Чернолапкой. В группу «риска» можно отнести детей, которые на вопрос «Кто самый счастливый?» утверждают, что Чернолапка самая несчастная (30%); негативно видят будущее поросенка (35,5%); склоняются к тому, что пятно Чернолапке мешает (20%). О беспокойстве свидетельствуют и «мечты» поросенка: избавиться от пятна - 23,2%; чтобы «дядька не забрал маму с папой» - 24,8%.

Далее, по идее создателя методики, в форме «Теста животных Заззо» задается вопрос, в кого бы хотел превратиться Чернолапка и почему. Ответы детей ориентируют на особенности защитных выборов. В нашем исследовании выборы детей свелись к следующим: птички, белочка (летает, высоко прыгает) – 52,8%; Человек - 21,2% (его не едят); кролик, котик (милый, пушистый) – 10,3%; козленок, барашек (похож на поросенка) – 9,3%; тигренок, щенок (веселые, играют) - 6,4%.

В заключение, Л.Корман предлагает ребенку нарисовать одну из картинок теста. Мы в своем исследовании, опираясь на идею о полной свободе в действиях ребенка, предложили обследуемым нарисовать любой рисунок про Чернолапку и назвать его. В дальнейшем, мы анализировали содержание рисунков и их названия.

Для исследователя очень важно фиксировать особенности поведения ребенка во время обследования. Метод прямого наблюдения позволяет регистрировать реакции ребенка: молчание, остановки в рассказе, задаваемые экспериментатору вопросы, сомнения, раздумья, радость, грусть, волнение, страх, возмущение и т.д.

За одну сессию психолог получает очень большой объем информации для интерпретации. В отличие от опросников, которые при определенных обстоятельствах, позволяют ребенку отрицать, что он чувствует тревогу или давать ответы, которые он считает социально одобряемыми. В то же время, как показал опыт работы с данной методикой, она обладает действительно большим психотерапевтическим потенциалом. Например, в конце обследования некоторые дети спрашивали можно ли им раскрасить таблицы стимульного материала, которые в отличие от САТ имеют более контурный характер. В таком случае, психолог может иметь под рукой заранее заготовленные ксерокопии таблиц и предложить ребенку выбрать любые и раскрасить цветными карандашами. Многие дети, особенно дошкольного возраста, часто используют в качестве копинг-стратегии для самоуспокоения раскрашивание.

Нам представляется, что для дошкольников тест «PN» может быть даже более эффективным, чем САТ.

Однако необходимо обратить внимание на то, что «PN», как и любая проективная методика, требует весьма осторожного и обоснованного применения на практике и должна подкрепляться более надежными и достоверными процедурами клинической оценки (библиографический метод, наблюдение, диагностическое интервью, опросники). С целью адаптации методики для российской выборки, мы планируем провести развернутое исследование на репрезентативной выборке, которая будет представлена детьми от четырех до десяти лет разных полов, чтобы иметь возможности зафиксировать не только возрастные, но и гендерные различия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТЕЙ ГИПЕРТИМНОГО
КРУГА С АФФЕКТИВНЫМИ ФАЗАМИ**

**Чуркина А.М., Субботская Н.В., Устенко А.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва**

**The results of pathopsychological diagnostics of individuals of the hyperthymic circle with
affective phases**

Churkina A.M., Subbotskaya N.V., Ustenko A.V.

Аффективные расстройства – одна из наиболее часто встречающихся групп психических заболеваний. В России они наблюдаются у 25% больных психиатрических стационаров, у 65% больных амбулаторной психиатрической сети и, как минимум, у 10% всех больных непсихиатрических лечебных учреждений (А.Г. Гофман, 2010 г., В.Н. Краснов, 2011 г.).

Из характерологических особенностей пациентов с диагностированными аффективными фазами обращают на себя внимание гипертимные черты. Исторически сложились две клинико-психопатологические концепции гипертимии. Первая из них позиционирует гипертимию в рамках единого континуума биполярного аффективного расстройства, вторая – рассматривает ее как проявление темперамента и личностной патологии, не связанной с развитием аффективного заболевания. Сопоставление патопсихологической и клинической оценки гипертимного личностного склада внесет вклад в уточнение патогенетических связей между характерологическими особенностями и развитием аффективного расстройства. Целый ряд исследователей, среди которых H.S. Akiskal, R.M. A. Hirschfeld, V.I. Yerevanian (1983), S. Mineka, D. Watson, L.A. Clark (1994), указывали на комплексный характер взаимоотношений между личностью и аффективными расстройствами. H.S. Akiskal утверждал, что гипертимию можно считать «стертой формой аффективного заболевания», он также говорил о предрасположенности таких личностей к развитию биполярного аффективного расстройства.

Цель исследования: сопоставление патопсихологических и клинических особенностей гипертимного типа личности в свете патогенетической связи характера и аффективной патологии.

Материалы и методы. За период с октября 2019 года по апрель 2021 года было обследовано 28 пациентов (20 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст – 34,4 года), находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в ФГБНУ НЦПЗ в связи с наличием аффективного расстройства или личностной патологии. Были сформированы две клинические группы: клиническая группа-1 (КГ-1, 19 человек) – пациенты с четко выявленными признаками биполярности аффективного заболевания (БАР (F31.0-F31.6), циклотимия (F34.0) и расстройства личности (эмоционально-неустойчивого круга (F60.3), истерическое (F60.4), смешанное (F61.3)); клиническая группа-2 (КГ-2, 9 человек) – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством (контрольная группа).

Для выявления гипертимных свойств были использованы следующие методики: личностный опросник Айзенка, 9-я шкала Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), опросник личностных убеждений Бека, 16-факторный личностный опросник Кеттелла.

Результаты. С помощью личностного опросника Айзенка в КГ-1 было выявлено наличие всех типов темперамента: сангвинический тип встречался у 5 обследуемых (26,3%), флегматический – у 3 (15,8%), холерический – у 3 (15,8%), меланхолический – у 8 (42,1%). В КГ-2 также имели место все типы темперамента, в том числе 3 сангвиника (33,3%), 1 холерик (11,2%), 2 флегматика (22,2%) и 3 меланхолика (33,3%). Сангвинический,

холерический и меланхолический темпераменты занимают высокий удельный вес в обеих клинических группах – они обнаружены у 84% больных в КГ-1 и у 77% в КГ-2.

Различия в среднем уровне интроверсии-экстраверсии между клиническими группами минимальны (11,7 балла в КГ-1 и 12,4 балла в КГ-2). Средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) в КГ-1 (18,3 балла) превышает средний уровень нейротизма в КГ-2 (11,3 балла).

Результаты, полученные с помощью Стандартизированного многофакторного метода исследования личности, 9-я шкала, показали превышение средних значений уровня гипомании в КГ-1 (21,6 балла) над средними значениями уровня гипомании в КГ-2 (16,4 балла).

По результатам Опросника личностных убеждений Бека выявилось, что средние значения уровня выраженности убеждений, характерных для соответствующих расстройств личности, в КГ-1 превышают средние значения в КГ-2 по следующим шкалам: избегающее расстройство (20,7 балла в КГ-1, 15,4 балла в КГ-2), зависимое расстройство (23,8 в КГ-1, 22,4 в КГ-2), пассивно-агрессивное расстройство (29,1 в КГ-1, 23,8 в КГ-2), нарциссическое расстройство (14,0 в КГ-1, 11,5 в КГ-2), гистрионное расстройство (26,2 в КГ-1, 17,6 в КГ-2), пограничное расстройство (24,6 в КГ-1, 15,2 в КГ-2). Средние значения в клинической группе-2 превысили средние значения в клинической группе-1 по шкале обсессивно-компульсивного расстройства (29,3 в КГ-2, 28,5 в КГ-1) и по шкале антисоциального расстройства (16,8 в КГ-2, 14,9 в КГ-1). Средние значения по шкале шизоидного расстройства и по шкале параноидного расстройства в обеих клинических группах приблизительно совпадают (шизоидное расстройство – 25,0 в обеих группах, параноидное – 17,3).

Проведя обследование с помощью 16-факторного личностного опросника Кеттелла, удалось выяснить, что КГ-1 превосходит КГ-2 по средним значениям уровня выраженности следующих личностных факторов: А «замкнутость – общительность (шизотимия – аффектотимия)»; Е «подчинённость (конформность) – доминантность»; F «сдержанность – экспрессивность (десургенция – сургенция); I «жестокость – чувствительность (харрия – премсия)»; L «доверчивость – подозрительность (алаксия – протенсия)»; M «практичность – мечтательность (праксерния – аутия)»; Q1 «консерватизм – радикализм»; Q2 «конформизм – нонконформизм (социабельность – самодостаточность)»; Q4 «расслабленность – напряжённость (нефрустрированность – фрустрированность)». КГ-2 превосходит КГ-1 по выраженности следующих личностных факторов: С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность (слабость Я – сила Я)»; N «прямолинейность – дипломатичность (безыскусственность – искусственность)»; O «спокойствие – тревожность (гипертимия – гипотимия)». Выявлено приблизительное равенство средних значений уровня выраженности следующих личностных факторов: В «низкий интеллект – высокий интеллект»; G «низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения (слабость сверх-Я – сила сверх-Я)»; H «робость – смелость (тректия – пармия)»; Q3 «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль (импульсивность – контроль желаний)». Таким образом, по результатам опросника Кеттелла КГ-1 превосходит КГ-2 по уровню общительности (фактор А), экспрессивности (фактор F), эмоциональной нестабильности (фактор С) и гипертимии (фактор O).

Заключение. В обеих клинических группах встречаемость меланхолического (гипотимного) темперамента оказалась наиболее высокой (42,1% в КГ-1, 33,3% в КГ-2). Сравнение результатов показало превышение в КГ-1 эмоциональной неустойчивости (шкала нейротизма), гипомании (9-я шкала СМИЛ), импульсивности и усиления аффекта (по шкале гистрионного и пограничного расстройства). Таким образом, выявленные

результаты свидетельствуют о более отчетливой патогенетической связи расстройств биполярного спектра с гипертимностью, чем монополярного.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЗАВИСИМОСТИ (обзор литературных данных)

Шабанина В.А.

ГБУЗ "Наркологический диспансер"

Туапсе

MODERN VIEWS ON DEFINITION OF CO-DEPENDENCE (review of scientific sources)

Shabanina V.A.

Статья посвящена обзору современных литературных данных, касающихся определению созависимости. В работе проводится теоретический анализ подходов к дефиниции данного феномена, рассматриваются психологические характеристики созависимой личности. Отдельно рассматривается определение степени созависимости. В свете рассмотренных теоретических основ дается освещение современных подходов к терапии.

Что есть «созависимость»? Психическое состояние, психический процесс или психическое свойство личности? Созависимость – это реакция, феномен развития личности или психическое расстройство?

На сегодняшний день понятие созависимости исследуется в различных научных областях, таких, как психология, медицина, психиатрия и т.д., однако, до сих пор остается мало изученной. Это объясняется тем, что для изучения созависимости не существует специальных научных знаний, а описание поведенческих проявлений и критерий диагностики следует из психотерапевтической практики.

К сожалению, до сих пор не существует общепринятого определения созависимости, также не сформировалась ее окончательная концепция: созависимость – это психологическое состояние, процесс, свойство личности; психическое расстройство (патология) или особый психологический феномен?

Исходя из мнения многих авторов (Литвиненко В.И, Проценко Е.Н., Hurcom С. и мн. др.), созависимость можно рассматривать под разными углами: как патологическое состояние личности; как поведенческую особенность личности; как некоторый феномен в семейной системе с родственником зависимого от алкогольных и наркотических веществ.

Созависимость как патология. Созависимость, как полагает ряд ученых, является одной из форм алкогольной зависимости. В последнее время формы болезненной зависимости от психоактивных веществ — наркомания, токсикомания, алкоголизм — принято объединять общим термином «химическая зависимость». Химическая зависимость влечет за собой разрушающие последствия, как для самой личности, так и для общества в целом. Особенно негативно это проявляется в семье. В большинстве семей, в которых проживают больные с химической зависимостью, обнаруживаются осложнения, которые в последние десятилетия стали обозначаться термином созависимость (со — приставка, указывающая на сочетанность, совместность действий, состояний).

Термин «созависимость» появился в результате изучения природы химических зависимостей, их воздействия на человека и влияния, которое оказывает заболевание химически зависимого на окружающих. Чаще всего термин употребляется по отношению к родственникам и близким алкоголиков, наркоманов и других людей с какими-либо зависимостями, но далеко не ограничивается ими. Доказано, что у многих членов семей с алкогольной зависимостью, которые совместно проживают с зависимым человеком не

менее двух лет, обнаруживают нарушения, которые объединяются понятием «созависимость».

Согласно Шороховой О.А., созависимость - это зеркальное отражение зависимости. В Десятом пересмотре Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), синдром зависимости (психическое расстройство и расстройство поведения) определяется как комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивного вещества или класса психоактивных веществ начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него. Основной описательной характеристикой синдрома зависимости является желание (часто сильное, иногда непреодолимое) употреблять психоактивные средства (которые могут быть или не быть предписаны врачом), алкоголь или табак. Многие авторы, взяв за основу данное определение, подчеркивают взаимосвязь зависимости и созависимости, рассматривая созависимость наряду с зависимостью в качестве психического расстройства. Рядом учёных подчёркивается, что созависимость - является более тяжёлой формой зависимости, чем зависимость к конкретной активности или агенту. Во многом это подтверждается и тем фактом, что созависимое поведение женщин является основой появления у них симптомов депрессии с суицидальными мыслями и поступками.

В отечественных публикациях чаще используется дефиниция, предложенная В.Д. Москаленко: «Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощён тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей».

На общероссийском уровне принято определять созависимость как патологическую эмоциональную зависимость от другого человека: когда родственники и близкие ориентированы на удовлетворение потребностей наркозависимого, подавляя при этом собственные желания. Игнорирование собственных нужд ведет к возникновению психологических и социальных проблем, к появлению хронического чувства тревоги, к вспышкам раздражения и агрессии, неуверенности перед будущим, снижению самооценки, возникновению чувства вины, замкнутости, трудоголизма, переедания, невротических и сексуальных расстройств и т.д.

Это определение соответствовало таковому, принятому зарубежными исследователями: «Созависимость (co-dependence) – патологическая, аффективно окрашенная зависимость от другого человека. Она проявляется в патологическом смещении фокуса внимания на эмоционально значимый субъект со стремлением контролировать его поведение и вторично развивающимися расстройствами адаптации, среди которых наиболее распространены депрессивные и тревожные реакции».

Однако, в последнее время в зарубежных источниках обнаруживается рассмотрение созависимости как особенности поведения личности. Показывается, что созависимость не зависит от химической зависимости, а предполагает что в ее основе лежит копирование результата семейных правил в дисфункциональной семье. Ведь вопрос определения нормы и патологии является крайне сложным. Сегодня в критерии психической нормы включают соответствующую возрасту человека зрелость чувств, адекватное восприятие действительности, наличие гармонии между восприятием явлений и эмоциональным отношением к ним, умение уживаться с собой и социальным окружением, гибкость поведения, критический подход к обстоятельствам жизни, наличие чувства идентичности, способность планировать и оценивать жизненные перспективы. Во многих случаях под психической нормой определяют то, насколько индивид адаптирован к жизни в социальной среде, насколько он продуктивен и критичен в жизни, способность к гибкости

в поведении, умению уживаться с собой и социальным окружением. Исходя из этих характеристик нормы можно рассматривать созависимость не только как патологию.

Так, по материалам международной конференции организации NAADAC (Ассоциация Профессионалов по зависимостям/ theAssociationforAddictionProfessionals), созависимость – это проблемная ориентация отношений, которая включает в себя подчинение зависимым личностям или личностям патологически нарциссического склада. Созависимые обычно привлекают людей, которые не заинтересованы или не мотивированы участвовать во взаимных отношениях. Следовательно, партнеры созависимых часто эгоистичны, самоцентрированы. Как правило, созависимые чувствуют себя неуважаемыми, нелюбимыми и недооцененными их партнером по отношениям. Настолько, насколько они возмущены и жалуются о несправедливости в их отношениях, настолько же созависимые люди чувствуют себя бессильными изменить их.

По определению Мелоди Пити, одного из самых известных специалистов по созависимости, «созависимый — это человек, который позволил, чтобы поведение другого человека повлияло на него, и полностью поглощен тем, что контролирует действия этого человека (другой человек может быть ребенком, взрослым, любовником, супругом, папой, мамой, сестрой, лучшим другом, бабушкой или дедушкой, клиентом, он может быть алкоголиком, наркоманом, больным умственно или физически; нормальным человеком, который периодически испытывает чувство печали)». Здесь важно понять, что проблема не в другом человеке, а в нас самих, в том, что мы позволили, чтобы поведение другого человека влияло на нас, и тоже пытаемся повлиять на другого человека. Поэтому все созависимые люди обладают похожими внутриспсихическими симптомами, такими как контроль, давление, навязчивые состояния и мысли, низкая самооценка, ненависть к себе, чувство вины, подавляемый гнев, не- контролируемая агрессия, навязчивая помощь, сосредоточенность на других, игнорирование своих потребностей, проблемы общения, замкнутость, плаксивость, апатия, проблемы в интимной жизни, депрессивное поведение, суицидальные мысли, психосоматические нарушения.

Созависимость как психологический феномен. Согласно ряду зарубежных авторов, созависимость – пренебрежение собой из-за необходимости контролировать поведения других, особенно людей с деструктивной зависимостью. Стоит отметить, что некоторые ученые рассматривают созависимость как психическое свойство личности, выраженное в «расфокусировке» с собственной личностью, потребностями и чувствами, направленное на заботу о других, а также любое действие или поведение человека, которое не поддерживает его самооценку, уязвимость, уровень зрелости и ответственности и духовности.

По мнению д-ра психологических наук Нанси Л.Джонсон (по материалам конференции YourHealthySelf: SkillsforWorkingwithCodependentBehaviorsNancyL. Johnston, LPC, LSATP), созависимость – чрезмерное вовлечение в чью-либо жизнь и недостаточном вовлечении в свою. Это означает сосредоточение своей жизни вокруг чужой жизни отсутствие заботы о своей собственной.

Чрезмерное функционирование в чужой жизни ограничивает рост другого человека, не давая ему раскрыть свои способности и ответственность. Хотя намерение созависимого может быть «помогающим», этот тип чрезмерного участия в конечном итоге вредит здоровому развитию другого человека.

Степени созависимости. На данный момент не существует однозначно валидных показателей для измерения созависимости. Это дает почву для дальнейших исследований созависимости. «Полезно рассмотреть созависимость как совокупность поведений, лежащих в континууме от «слегка созависимого» до «сильно созависимого». Таким образом, специалисты по психическому здоровью могут определить значимость

созависимого поведения во взаимосвязи с функционированием человека»
«...профессионалы должны быть предупреждены об ограничении определения клиента как созависимого. Возможно, по мнению Фишера (Fisher) было бы более полезно рассматривать клиента как созависимого в большей или меньшей степени».

Существующие следующие тесты измерения созависимости:

Шкала Шпанна - Фишера измеряет склонность к созависимости, определяемую как «дисфункциональный паттерн отношений с другими людьми с чрезмерной концентрацией вне себя, отсутствием выражения чувств и личного смысла, который является вторичным по сравнению с отношениями с другими». Эта шкала испытана в 1991 году.

Шкала созависимости Уайнхолд (TheCodependencySelf-InventoryScale) разработана в 1989 г. психологами Берри и Дженой Уайнхолд (BarryK. Weinhold, JanaeB. Weinhold). Тест позволяет самостоятельно оценить уровень созависимости в отношениях.

«Индекс взаимозависимости Holyoake/ HolyoakeCodependencyIndex». (Робертс и Ланге). Это вопросник из 13 пунктов, который выделяет четыре определяющие особенности созависимости: внешняя сосредоточенность, самоотверженность, межличностный контроль, эмоциональное подавление.

Имеет научную основу, прошел испытания на австралийских студентах в 2004 году.

Есть различные контрольные списки для определения созависимости, которые можно использовать, например, предлагаемый список моделей поведения от Сообщества Анонимных созависимых (CoDa), однако, данный список не имеет научного обоснования. Подходы к терапии. Для выздоровления от созависимости первостепенное значение играет самодиагностика, признание у себя признаков болезненного состояния. Первая стадия процесса выздоровления для жены зависимого от алкоголя заключается в том, что она должна перестать обвинять мужа и признать, что суть проблемы во многом лежит в ней самой.

Приведём основные принципы терапии созависимости, используемые в мировом терапевтическом сообществе: зависимость от психоактивных веществ – это психическое, соматическое и духовное и социальное заболевание; важно усвоить три «не» – не мы явились причиной этой болезни, не нам ее сдерживать, и не нам дано избавиться от неё своих близких; обучение концентрировать внимание на себе и быть добрыми не только к другим, но и к себе; психологически отстраниться от предмета своей любви; учиться выстраивать границы; использование девизов: «Живи сам и давай жить другим», «Смотри на все просто», «Живи сегодняшним днём»; работа с чувствами, самоуважение; проработка «12 шагов» программы Анонимных Алкоголиков, признание, что бессильны перед алкоголизмом (наркоманией) своих близких; восстановление любви к себе.

Альтернативой 12-шаговой программы является метод CRAFT (TheCommunityReinforcementApproachandFamilyTraining), разработанный доктором психологических наук Робертом Майерсом.

CRAFT - это научно обоснованный подход, призванный помочь родственникам привлечь зависимых, отказывающихся от лечения, к лечению. Этот новый метод отличается убеждением о том, что члены семьи могут и действительно вносят важный вклад в другие области лечения зависимости (например, в терапию для семьи и пар). Установлено, что созависимые, которые проходят программу CRAFT, также уменьшают симптомы депрессии, тревоги и гнева, даже если их близкий человек не получает лечения.

Недостаточная теоретическая и практическая база в области определения созависимого поведения и степени созависимости говорит о необходимости продолжить изучать данное понятие в различных ее проявлениях. Пристрастие к алкоголю, наркотикам или азартным играм и созависимость в равной степени отбирают у зависимого человека и его близких, совместно с ним проживающих, силы, энергию, здоровье, покой, подчиняют себе их мысли

и эмоции. Замечено, что наличие созависимости у родственника больного алкоголизмом и наркоманией – это всегда фактор риска нового рецидива болезни. Это обуславливает актуальность поиска решений для диагностики и психологической помощи людям, имеющим признаки созависимого поведения. По нашему мнению, созависимость – актуальная социально-психологическая проблема, мешающая полноценной жизни людей. Она касается не только отдельных личностей, но и общества в целом, которое создает условия, благоприятствующие созависимым отношениям и их передаче из поколения в поколение.

Завершая данную статью, отметим, что предложенное теоретическое определение понятия «созависимость» является лишь попыткой увидеть проблему определения созависимости и обозначить наше видение контуров ее решения. В дальнейшем, на наш взгляд, необходимо создать рабочую группу из практических психологов и исследователей и разработать общую теорию и диагностическую систему проблем созависимой личности.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ВОСПИТАННЫХ В ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ

Шайдеггер Ю.М., Котов С. В.

**ННЦН-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, отдел
психотерапии и медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях
Москва**

Psychopathological features of women raised in dysfunctional families

Scheidegger Y.M., Kotov S.V.

Традиционно принято различать нормально функционирующие и дисфункциональные семьи. Психологическая атмосфера дисфункциональной семьи может оказывать деформирующее давление на ее членов, причем наиболее уязвимыми в этом случае оказываются дети. Любая семья как целое реагирует на экстремальные стрессовые воздействия тем или иным видом защитного и/или совладающего поведения. При этом дисфункциональная семья склонна использовать скорее механизмы психологической защиты, чем стратегии сознательного совладания в трудных жизненных ситуациях.

В ситуациях угрозы, относящейся к физическому, личностному и социальному благополучию, человек предпринимает осознанные (копинг-стратегии) или неосознанные (психологические защиты) действия, которые нацелены на уменьшение тревоги и помогают выживанию индивида. Особенности дисфункциональной семьи создают предпосылки для отклонений в личностном развитии ребенка, в частности, для формирования неконструктивных способов совладания с трудными жизненными ситуациями.

Болезни зависимости, в частности, алкоголизм одного из родителей, является серьезным фактором формирования дисфункциональных семейных отношений, которые, в свою очередь, могут оказывать как непосредственное, так и отдаленное психотравмирующее воздействие на всех ее членов, особенно на детей.

Цель исследования: изучение психопатологических особенностей женщин, которые были воспитаны в дисфункциональных семьях, а именно в семьях, где отец злоупотреблял алкоголем.

Методы исследования:

1. Опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (LifeStyleIndex, LSI).
2. Тест «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптация Т.А.Крюковой)

3. Шкала психологического благополучия К. Рифф (C.Ryff, 1989; Т. Д. Шевеленковой, П. П. Фесенко)
4. Шкала созависимости Дж. Фишера (J. Fischer - адаптация В. Д. Москаленко)
5. Опросник когнитивной регуляции эмоций (Cognitive Emotion Regulation Questioner, (CERQ) N.Garfneski, V.Kraaij и P.Spinfoven – адаптация Е.И.Рассказовой, А.Б.Леоновой, И.В.Плужниковым)
6. Методика «Самооценка генерализованного типа привязанности» («RQ»)
7. Авторская анкета для выявления информации о прародительской семье – опросник для сбора социально-демографических данных о родственниках участницы исследования.

Объект исследования: В исследовании приняли участие 68 женщин, которые были разделены на две группы:

1 группа – экспериментальная – женщины в возрасте от 31 до 49 лет (средний возраст - 35 лет), воспитывавшиеся в неблагополучных дисфункциональных семьях, в которых отец злоупотреблял алкоголем, посещающие группу само- и взаимопомощи Взрослые дети алкоголиков (ВДА) – 36 человек;

2 группа – контрольная – женщины в возрасте от 32 до 51 года (средний возраст – 37 лет), воспитывавшиеся в благополучных семьях, условно здоровые, не проявляющие потребности в психологической помощи, добровольно согласившиеся на исследование - 32 человека (в группу контроля вошли студентки и слушательницы заочных курсов Московского Государственного Психолого-педагогического университета). Обе группы были сбалансированы по таким социально-демографическим характеристикам, как возраст, образование, наличие семьи.

Результаты исследования:

1. В экспериментальной группе уровень выраженности таких психологических защит, как вытеснение, отрицание и проекция оказались статистически значимо выше, чем в контрольной группе.
2. Взрослые, воспитывавшиеся в дисфункциональных семьях, достоверно чаще выбирают избегающие копинг-стратегии
3. Взрослых, воспитывавшихся в дисфункциональных семьях, отличает меньшая выраженность таких показателей субъективного благополучия, как автономия и личностный рост.
4. В экспериментальной группе уровень выраженности созависимости статистически значимо выше, чем в контрольной группе
5. Взрослых, воспитывавшихся в дисфункциональных семьях, отличает большая выраженность самообвинения и меньшая - позитивной переоценки при когнитивной регуляции эмоций.
6. В экспериментальной группе уровень выраженности тревожный тип привязанности, статистически значимо выше, чем в контрольной группе.

Выводы:

Анализ анкетирования и психологического исследования респонденток показал, что женщин, воспитывавшихся в дисфункциональных семьях, по сравнению с женщинами, воспитывавшимися в функциональных семьях, отличает:

- Более частое использование неконструктивной избегающей копинг-стратегии, нацеленной не на решение проблемы, а на ее избегание;
- Низкий уровень таких показателей психологического благополучия, как личностный рост и автономность. Примечательно, что женщин из дисфункциональных семей также отличает более высокий уровень созависимости, который помимо прочего, характеризуется всесторонней поглощенностью проблемами и нуждами других людей в

ущерб собственным потребностям и нарушением личных границ, что вполне согласуется с невысоким уровнем автономности;

- Использование таких неконструктивных и «примитивных» когнитивных способов регуляции эмоций, как вытеснение, отрицание и проекция, свойственных эмоционально незрелым личностям;
- тревожный тип привязанности, иначе именуемый как сверхзависимый, «гипервовлеченный», характерный для людей, нуждающихся в высокой степени эмоциональной близости, «слиянии» с партнёром, сопровождающийся неуверенностью в себе и повышенной потребностью получать подтверждение чувств от партнера. Данные характеристики также вполне согласуются с высоким риском развития созависимости у данной категории женщин.

В результате проведенного эмпирического исследования можно отметить, что особенностью дисфункциональной семьи являются нарушенная система отношений, где преобладают отношения «доминирование-подчинение», отсутствуют предпосылки для формирования автономии и личных границ, при этом ответственность и эмоциональная близость уходят на второй план. Таким образом женщины из дисфункциональных семей в меньшей степени способны к образованию гармоничных семейных отношений в собственной семье, замыкая тем самым своеобразный порочный круг семейной дисфункциональности.

СУПЕРФИЦИАЛЬНАЯ И САППЛАНТИНГОВАЯ КАУЗАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФЕНОМЕНА "ДЕПРЕССИВНОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ"

Шайдукова Л.К.

Казань

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, кафедра психиатрии и мед.психологии

The causal components of the and alcohol anosognosia" superficial and supplanting

Shaydukova L.K.

Феномен анозогнозии является фактором, препятствующим полноценному лечению пациентов. Для лиц, страдающих алкоголизмом в сочетании с депрессивными расстройствами, данный феномен не позволяет вовремя обратиться к специалистам, что усугубляет наркологические и аффективные проблемы, особенно, если это касается женского контингента больных. Вероятно, это является одной из причин позднего обращения за помощью и злокачественного течения заболевания у женщин. Описанный нами феномен «депрессивной анозогнозии» имеет клиническое и каузальное сходство с уже известным феноменом «алкогольной анозогнозии», что положило начало сравнительной характеристики данных феноменов.

У 150 женщин с депрессивными расстройствами, находящихся на лечении от алкоголизма в Республиканском наркологическом диспансере МЗ РТ, были выявлены следующие каузальные составляющие этих феноменов: суперфициальная, сапплантинговая, перцептивная, когнитивная, нонкомплаентная, стигматизационная. В данной публикации речь пойдет о первых двух каузальных составляющих. Суперфициальная составляющая «депрессивной анозогнозии» проявлялась в попытке объяснить длительную депрессию внешними, поверхностными причинами (словесные формулы: «это не депрессия, а тяжелый период жизни», «никакой депрессии нет, просто одиночество»). Суперфициальная составляющая «алкогольной анозогнозии» также выражалась в объяснении алкоголизации исключительно внешними причинами

(«переживала после развода – иногда выпивала», «уволили с работы, от обиды прикладывалась к рюмке»).

Психологизация аффективных и наркологических проблем мешала принятию болезненной патологии и проведению психотерапии, являясь причиной агнозогнозии. Сапплантинговая составляющая «депрессивной анозогнозии» – вытеснение факта наличия депрессии, уход от проблемы, игнорирование как несущественной, временной и обратимой (словесные формулы: «это временно, само пройдет», «не стоит обращать внимания на мелочи»). Сапплантинговая составляющая «алкогольной анозогнозии» в форме отрицания наличия алкогольных проблем также имела психологическую функцию вытеснения.

Психотерапия при выявлении вышеназванных каузальных составляющих обоих феноменов строилась на работе с рационализацией и вытеснением, как патологических защитных систем, препятствующих принятию реальности. Применялась своеобразная «психотерапия суровой правдой» с демонстрацией имеющихся у женщин признаков депрессивных нарушений: это утрата интересов, утрата способности получать удовольствие, пессимистическое видение будущего, заниженная самооценка, подавленность как черта характера, при этом подчеркивался факт формирования депрессивной субличности. Проводилось сравнение с аналогичными проявлениями алкогольной субличности: это утрата интересов вне алкоголизации, утрата способности без алкоголя получать удовольствие («алкогольная ангедония»), пессимистическое видение будущего (изменения ситуации, перспектив лечения, феномен «запрограммированности на неудачу»), гипотимность, дисфоричность проалкогольного содержания. Работа с выявленными суперфициальными и сапплантинговыми мишенями феномена «депрессивной и алкогольной анозогнозии», сравнение депрессивной и алкогольной субличностей способствует повышению эффективности лечения аффективной и алкогольной патологии у женщин.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ТЕМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДЕОИГР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Шакун Е.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

Overview study of video game addiction researches in the Russian Federation

Shakun E.U.

Компьютерные игры как вид игровой активности не только широко распространены, но и продолжают активно набирать популярность. Этот феномен обуславливается, в том числе, активным распространением и внедрением цифровых технологий в повседневную жизнь людей, а также колоссальными затратами разработчиков видеоигр на создание уникальных персонажей, сюжетных линий и графического дизайна. В результате к концу 2018 года общее число игроков по всему миру составляло 2,3 миллиарда человек, а в 2021 году – уже 3 миллиарда человек, то есть за последние три года прирост составил +30,4% (Newzoo. Games, Esports & Mobile Market Intelligence, 2018; Newzoo. Games, Esports & Mobile Market Intelligence, 2021). Существуют основания полагать, что на резкий прирост числа игроков помимо маркетинговых и технологических вложений производителей игровой индустрии, повлияли и меры социальной изоляции, направленные на предотвращение распространения коронавирусной инфекции (COVID-19). Вследствие пандемии и ограничения социальной активности дети, подростки и

молодежь стали проводить больше времени за использованием цифровых компьютерных устройств, причем данная тенденция имеет долгосрочные перспективы.

Многими исследователями накоплены знания, свидетельствующие о высокой аддиктогенности видеоигр, в связи с чем динамика изменений в игровой индустрии (возникновение новых жанров и использование новых технологий вроде виртуальной реальности), требуют непрерывного мониторинга ситуации, включающего в себя анализ тенденций, изучения социально-демографических, возрастных, гендерных, личностных и иных особенностей, характерных для большинства пользователей видеоигр, включая лиц с зависимостью от компьютерных игр. Без этих данных, невозможна своевременная разработка универсальных диагностических инструментов, а также профилактических и реабилитационных программ.

Цель настоящего исследования заключалась в том, чтобы посредством обзора, описать результаты отечественных исследований по теме зависимости от компьютерных игр.

Методология обзорного исследования включала анализ доступных современных публикаций на тему зависимости от компьютерных игр. Было обнаружено 237 доступных обзорных и оригинальных статей, опубликованных в последние 7 лет. В дальнейший анализ было включено 23 публикации, описывающие распространенность и феноменологию данной проблемы в России.

Результаты. Зависимость от компьютерных игр обладает динамикой развития, представленной в виде последовательных стадий (Худяков А.В., Урсу А.В., Старченкова А.М., 2015; Чернов Д.А., 2015). В ходе формирования зависимости, удовольствие от процесса игры снижается, сменяясь переживанием негативных ощущений, а личность и поведение пользователя видеоигр претерпевает значительные изменения, характеризуясь замкнутостью, сосредоточенностью только на теме видеоигр и их использования, и сопровождается проявлением неврологической и астенической симптоматики.

Личность среднестатистического человека с зависимостью от видеоигр характеризуется повышенной тревожностью, подверженностью перепадам настроения, неадекватной и нестабильной самооценкой, экстернальным локусом контроля, низким уровнем рефлексии и показателем эмпатии (Гребенникова Н.В., 2017; Хасанова И.И., Котова С.С., 2017; Богачева Н.В., Войскунский А.Е., 2018; Гришина А.В., Волкова Е.Н., 2019). Вопреки распространенному мнению, продолжительное использование компьютерных игр не способствует значительному повышению уровня агрессии, либо оказывает незначительное влияние на агрессивность пользователей (Касимова Э.Г., Лемешко Т.А., Толмачёв Д.А., 2018; Морозова О.А., 2019). На развитие данной зависимости также значительно влияют факторы наличия внутриличностного ролевого конфликта, возраста и семьи: более молодые игроки из неполной семьи, переживающие внутренний ролевой конфликт, сильнее подвержены риску формирования компьютерной игровой зависимости. При этом, у молодых игроков с зависимостью от видеоигр, система ценностей смещается в сторону внутриигровых достижений и успехов, тогда как у более взрослых страдает коммуникативная сфера - они предпочитают общение в играх взаимодействию с окружающими в реальной жизни (Белозеров С.А., 2015; Худяков А.В., Урсу А.В., Старченкова А.М., 2015; Кочетков Н.В., 2016; Рубцова О.В., Панфилова А.С., Артеменков С.Л., 2018; Рубцова О.В., Панфилова А.С., Артеменков С.Л., 2018).

С точки зрения гендерных особенностей использования компьютерных игр, современными исследователями также были выявлены закономерности: юноши склонны играть в видеоигры чаще и больше, а также им в большей степени присущи проблемы с самоконтролем и социальным взаимодействием. Девушкам же в меньшей степени присущи случаи обмана и негативных последствий в результате увлечения видеоиграми, но они более склонны к проявлениям соматических расстройств. Кроме того, для девушек,

использование компьютерных игр реже приводит к проблемам в вопросе отношений, работы, учебы или возможностей карьерного роста (Лановая А.М., Шакун Е.Ю., Фадеева Е.В., Волков А.В., Минаков М.А., Амелина С.В., 2021; Скворцова Е.С., Лушкина Н.П., 2021)

Несмотря на предполагаемую высокую распространенность увлечения компьютерными играми в Российской Федерации, факторы риска, приводящие к формированию зависимого поведения и клиничко-психопатологические феномены, сопровождающие их чрезмерное использование, нуждаются в дальнейшем изучении. В последних исследованиях уже отмечается влияние эпидемиологической обстановки, связанной с пандемией COVID-19, на процессы формирования и течения разных видов компьютерной зависимости. К примеру, в период пандемии, видеоигры активно использовались в качестве способа совладания с тревожными переживаниями, а рост расходов на компьютерные игры увеличился в 2-3 раза в сравнении со среднегодовым приростом (Кольцова И. В., Долганина В. В., 2020; Постол О.Л., Ходжиева Л.С., Мазур В.Е., 2020; Азалиева М.А., Упорова О.С., Полеева В.А., 2021; Лановая А.М., Шакун Е.Ю., Фадеева Е.В., Волков А.В., Минаков М.А., Амелина С.В., 2021).

На настоящий момент, в качестве диагностического инструментария, существует ряд отечественных и адаптированных зарубежных методик, направленных на оценку различных особенностей испытуемых с игровой зависимостью, однако, с учетом динамичности современной игровой индустрии и компьютерной игровой зависимости как явления, данная батарея методик требует дальнейшего обновления и совершенствования (Богачева Н.В., Войскунский А.Е., 2018; Петров А.А., Черняк Н.Б., 2019). Заключение. Обзор исследований по теме зависимости от компьютерных игр в Российской Федерации позволяет предположить, что в настоящее время, такие аспекты зависимости от компьютерных игр, как индивидуально-психологические и поведенческие особенности пользователей видеоигр, а также динамика развития компьютерной игровой зависимости изучены в достаточной степени. Тем не менее, постоянные социальные, экономические, технологические и иные изменения в обществе, затрагивающие данный феномен, а также недостаточная сформированность единой терминологии (в том числе отражающей опыт зарубежных исследований) и методологии исследования зависимости от видеоигр, приводят к необходимости продолжать исследования в данной области в целях создания теоретико-методологического комплекса и практических форм его применения.

ПРОБЛЕМА ПСИХОДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»

Красноярск

The problem of psychodiagnostics of behavior disorders in adolescents.

Shaposhnikova Yu .V., Kosogova A. I.

Нарушения поведения довольно распространены среди подростков разных возрастов и играют важную психиатрическую и социальную проблему. Поведенческие нарушения у подростков нередко связаны с неблагоприятным влиянием окружающей среды, а также с неблагоприятной биологической почвой, что способствует реализации патологического поведения. Расстройства поведения, которые шифруются согласно МКБ-10 имеют возрастную динамику и нередко встречаются с другими психическими расстройствами. Расстройства поведения зачастую маскируют эмоциональные и личностные нарушения, а также дебютирующий эндогенный процесс. У подростков с поведенческими нарушениями наблюдается школьная дезадаптация, которая проявляется как в неспособности усвоения программного материала, так и в трудностях соблюдения норм поведения. Неслучайно в настоящее время в структуре заболеваемости психическими расстройствами на первое место выдвигаются поведенческие и эмоциональные расстройства у детей и подростков (Менделевич В.Д., 2009; Гречаный С.В., 2015; Лаврова Д.И., 2016; Andy C. et al., 2012). Расстройства поведения по своей медицинской и социальной значимости являются одной из наиболее актуальных проблем детской психиатрии, так как повышают риск развития противоправных действий среди несовершеннолетних и подростковой преступности (Ошевский Д.С., 2007; Бадмаева В.Д., 2016; Broidy L.M. et al., 2003; Sentse M. et al., 2007; Vokhan N.A. et al., 2011). Проблема нарушений поведения приобретает еще большую значимость в пубертатный период, который чрезвычайно важен в физиологическом, психологическом, нравственном и социальном становлении человека. У подростков, страдающих расстройствами поведения, возникают трудности адаптации к новым условиям, во многих случаях не справляются со школьной программой, они могут стать вовлеченными в криминальную среду, проявлять склонность к аддиктивным расстройствам. У них в связи с возрастными особенностями и несформированностью волевой сферы и частыми нарушениями, возникающими на фоне акцентуаций характера, выявляются транзиторные непсихотические девиации поведения - делинквентность, алкоголизация, суицидальное поведение и др. В большинстве таких случаев подростки находятся в неблагоприятных материальных и социально-бытовых условиях. Как правило, при изменении обстановки на более благоприятную, нарушения становятся менее выраженными или вовсе исчезают. Нарушения поведения также могут проявляться у подростков с депрессией, что может иметь значительные долгосрочные последствия в будущем, также заключающиеся в трудностях межличностных взаимоотношений, в снижении учебной и профессиональной успешности; в расстройствах, связанных с риском алкоголизации, употреблением психоактивных веществ (Hammen C., Brennan P.A., Le Brocq R. 2011.; Fergusson D.M., Woodward L.J. 2002).

Цель исследования: Выявление диагностических особенностей у подростков с нарушениями поведения.

Материалы и методы: Всего обследовано 20 подростков, 10 (50%) девочек и 10 (50%) мальчиков. Критерии включения: 1. Возраст подростков 13-17 лет, средний возраст (14±0,5), 2. Дети обучались в общеобразовательных школах; 3. У всех подростков ранее не было выявлено каких-либо психических расстройств; 4. Диагнозы в данных группах выставлены в соответствии с критериями МКБ-10: F92; 5. Наблюдение проводилось на базе КГБУЗ

ККПНД №1 в 2020-2021г. Критерии невключения: Нарушения поведения у пациентов с ранее выявленными психическими расстройствами. В ходе исследования использовались клиничко-патопсихологические методы (методика Дерогатис 1974, CDI (М. Ковач 1992) оценка уровня депрессии), тест личностных акцентуаций (ПДО Лично А. Е. 1976), шкала тревоги и депрессии HADS, уровень тревоги (цветовой тест Люшера), изучение анамнеза, клиническая беседа, детско-родительские отношения (АСВ Эйдемиллер, ADOR Е. Шафер).

Результаты и их обсуждения: В ходе работы было выявлено у 4-х(40%) из 10 мальчиков нарушение ДРО (гипопротекция), у 2-х (20%) отмечалась тревожно-депрессивная симптоматика легкой и средней степени, у 3-х (30%) высокий уровень тревоги. У 3-х (30%) акцентуация характера (гипертимный, epileптоидный, неустойчивый) , у 2-х (20%) в анамнезе: отставание в раннем психомоторном развитии, у 2-х (20%) зависимость от гаджетов. У 6 (60%) из 10 подростков выявлялись социально-бытовые неблагоприятные условия. Из 10 девочек: у 5 (50%) нарушение ДРО (у 2-х (20%) по типу потворствующей гиперпротекции, у 3-х (30%) по типу гипопротекции), у 5 (50%) наличие акцентуации характера (эпилептоидный, гипертимный, неустойчивый, истероидный), депрессивная симптоматика легкой и средней степени выявлялась у 4 (40%) исследуемых. У 4-х (40%) высокий уровень тревоги. У 5 (50%) девочек были выявлены поверхностные несуицидальные самоповреждения. У 4-х (40%) выявлялись неблагоприятные социально-бытовые условия. Данную группу симптомов можно было бы рассматривать в рамках диагноза: F43 (Расстройства адаптации), однако, учитывая возраст наблюдаемых, данная рубрика диагнозов может быть рассмотрена в плане дальнейшего наблюдения, в связи с неспособностью подростков самостоятельно изменить неблагоприятные для них условия.

Выводы: В результате данного исследования выявлено, что нарушения поведения в подростковом возрасте имеют множественную симптоматику, в связи с чем могут возникать диагностические трудности. В большинстве случаев у подростков выявляется акцентуация характера, преимущественно epileптоидного, гипертимного, неустойчивого, истероидного типов, также прослеживается нарушение детско-родительских отношений, в основном по типу потворствующей гиперпротекции и гипопротекции, в анамнезе выявляются дезадаптирующие факторы. За видимыми нарушениями поведения могут скрываться депрессивные расстройства, что в свою очередь усложняет диагностику. Также нарушения поведения в подростковом возрасте могут быть проявлением формирующегося расстройства личности. Важна правильная и своевременная диагностика, которая влияет на выбор тактики лечения и реабилитации. Игнорирование нарушений психического здоровья в подростковый период чревато последствиями, которые продолжаются во взрослом возрасте, негативно влияя как на физическое, так и на психическое здоровье, ограничивая возможности для полноценной взрослой жизни.

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (часть I)

**Шевченко Ю.С., Антропов Ю.Ф., Горюнова А.В., Боброва Н.А., Грачев В.В.,
Данилова Л.Ю., Захаров Н.П., Корнеева В.А., Морозова Е.И.**

**ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра детской психиатрии и психотерапии
Москва**

**Polyprofessional multilevel model of therapy in child psychiatry (part I)
Shevchenko Yu.S., Antropov Yu.F., Goryunova A.V., Bobrova N.A., Grachev V.V.,
Danilova L.Yu., Zakharov N.P., Korneeva V.A., Morozova E.I.**

Терапия детей и подростков с психическими расстройствами не может быть идентичной той, что принята в общей психиатрии по целому ряду объективных, субъективных и организационно-юридических причин. Существует актуальная необходимость создания концептуальных парадигм комплексного – медико-психолого-социально-педагогического подхода к данной проблеме на основе многоосевой диагностики.

Целью представляемой работы явилось обобщение современных теоретических положений и собственного практического опыта междисциплинарной помощи детям с психическими расстройствами для обоснования универсальной модели терапевтического подхода, учитывающего нозологический и синдромальный диагноз, состояние физического здоровья, нейропсихологический статус, сопутствующие дизонтогенетические расстройства, возрастные особенности, а также перспективы личностного роста и социализации пациентов.

Материалы и методы. Первоначальная гипотетическая модель, включающая пять уровней лечебно-коррекционного подхода, апробировалась и корректировалась полипрофессиональными бригадами специалистов, включавшими врачей (детских психиатров, неврологов, педиатров), психологов, нейропсихологов, психотерапевтов, логопедов-дефектологов в течение более, чем 20 лет применительно к детям от 3-х до 18-ти лет с различной патологией, находившихся как в медицинских, так и в образовательных учреждениях. Данный подход использован в отношении пациентов с общими и системными невротами и невротоподобными состояниями, психосоматическими расстройствами, патологическими привычными действиями, СДВГ, РАС, элективным мутизмом, формирующимися психопатиями, непсихотическими формами эндогенных заболеваний.

Результаты и их обсуждение. Катамнез более чем 1000 пациентов показал преимущества данного подхода в сравнении с рутинной практикой медицинских и немедицинских учреждений (не использующих многоосевую диагностику и не располагающих необходимым составом квалифицированных специалистов), как в смысле непосредственного клинко-социального эффекта, так и в смысле его стойкости. Представляем содержание каждого уровня, имеющего как общую этио-патогенетическую, так и собственно психопатологическую направленность, а также предопределяющего наличие соответствующего «ведущего» профессионала.

Первый уровень – метаболический. Его двойная синдромально-нозологическая сущность заключается в сочетании собственно психофармакологического лечения (направленного как на облигатный психопатологический симптомокомплекс той или иной природы, так и на сопутствующие и коморбидные расстройства, а также на столь частые у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности), с общеукрепляющим и специфическим соматотропным лечением. Оптимальным является взаимодействие психиатра, детского невролога и педиатра (с подключением, при необходимости, эндокринолога, ЛОР-специалиста, иммунолога,

диетолога и проч.), что позволяет охватить весь метаболический спектр (от микробиоты кишечника до фармакогенетики нейромедиаторного обмена), а не исключительное представительство одного из них, что нередко наблюдается в практическом здравоохранении. В отношении проявлений психоречевой ретардации первично-дизонтогенетической и/или энцефалопатической природы безусловно оправдано назначение ноотропов, сосудистых, дегидратирующих препаратов, витаминов группы «В», апробация энергопоставляющих и антиапоптозных «водородных технологий» и методик «митохондриальной медицины» (L-Карнитин). Что касается собственно психофармакотерапии, то здесь детская психиатрия существенно отстает от общей. Рядовой детский психиатр вынужден ограничиваться узким спектром «разрешенных» нейрорепарантов и антидепрессантов, вызывающих массу побочных эффектов, в то время как современные и малотоксичные препараты не прошли официальной апробации и, соответственно, не лицензированы к использованию у детей. Назначение же offlabel заведомо эффективных препаратов из современного арсенала «взрослого» психиатра чревато серьезными юридическими неприятностями для самого врача. Вынужденный компромисс между нужным для пациента и «не рекомендуемым по возрасту» ведет к тому, что дети долго лечатся малоэффективными неспецифическими средствами, либо получают адекватную, но соматически «тяжелую» терапию, пугающую родителей. Нередко вполне перспективные дети, к примеру, с шизоаффективным расстройством через четыре года «недолечивания» становятся инвалидами. Если говорить о пациентах с кататонией, то они вообще лишены возможности получать адекватную терапию в связи с тем, что назначение бензодиазепиновых транквилизаторов как терапии первого выбора детским психиатром практически неосуществимо из-за административно-юридических препон. Наш клинический опыт, а также опыт зарубежных коллег показывает оправданность более активных клинических испытаний неапробированных препаратов на детском контингенте, а научные данные говорят о том, что начинать такие испытания безопаснее всего со средств, положительно зарекомендовавших себя в геронтопсихиатрии (Свааб Д., 2014). В перспективе же оптимальной представляется научно-исследовательская программа по разработке «онтогенетически ориентированной психофармакотерапии». Переходными к следующему уровню можно считать уже внедренные и перспективные немедикаментозные биологические воздействия на дизнейроонтогенетические механизмы психических расстройств (ТКМП, ТКМС, микротоковая рефлексотерапия, гипербарическая оксигенация, нейрореабилитационная методика электростимуляции языка, ТОМАТИС-терапия и БАК, апробацию использования глубоких электродов, нейротрансплантации эмбриональной ткани коры головного мозга и проч.).

Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической (сенсомоторной) коррекцией (Семенович А.В., 2002), направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р.Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок). Анатомо-функциональная представленность первого блока соответствует подкорково-стволовым образованиям, второго — теменно-височно-затылочной коре больших полушарий, третьего — лобной коре головного мозга. Наличие «церебрально-органической почвы» у большинства наших пациентов дает основания считать нейропсихологическую (сенсомоторную) коррекцию и близкую ей по идеологии технологию «замещающего онтогенеза» (Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е., 2012), основанную на концепции Н.А. Бернштена об эволюционных уровнях физиологии

движений и активности (руброспинальном – осуществляющем тоническую регуляцию тела; таламо-паллидарном – определяющем двигательные синергии и штампы; стрио-паллидарном – обеспечивающем построение «пространственного поля»; теменно-премоторном – отвечающим за построение речевых и графических координаций; интеллектуальном – определяющим социально-психический уровень личности), крайне желательными в комплексной программе лечебно-реабилитационных мероприятий. К сожалению, детских нейропсихологов в стране чрезвычайно мало, а владеющих данными технологиями еще меньше. Переходом к следующему уровню можно считать лечебный массаж, регрессивные и развивающие подвижные и сенсорные игры с неструктурированным природным материалом (вода, песок, глина, камни, палки), с краской, с шумовыми, звенящими и свистящими объектами, техники телесно-ориентированной психотерапии, включая психотерапевтическую кинезиологию, игры в сухом бассейне, занятия в сенсорной комнате, плавание, прыжки на батуте, ипотерапию, «комплексную игровую кинезиотерапию».

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (часть II)

**Шевченко Ю.С., Антропов Ю.Ф., Горюнова А.В., Боброва Н.А., Грачев В.В., Данилова
Л.Ю., Захаров Н.П., Корнеева В.А., Морозова Е.И.**

**ФГБОУ ДПО РМАНПО, кафедра детской психиатрии и психотерапии
Москва**

**Polyprofessional multilevel model of therapy in child psychiatry (part II)
Shevchenko Yu.S., Antropov Yu.F., Goryunova A.V., Bobrova N.A., Grachev V.V.,
Danilova L.Yu., Zakharov N.P., Korneeva V.A., Morozova E.I.**

Третий уровень - синдромальный. Коррекционно-психологическая работа на этом уровне направлена, прежде всего, на облигатный для конкретной нозологической группы патопсихологический симптомокомплекс. При психосоматических расстройствах это, как известно, алекситимия и дизонтогенетически-конституциональная дефицитарность эмоциональной сферы в целом, при психопатиях — антиципационная несостоятельность и неспособность усваивать собственный опыт, при элективном мутизме — психолингвистическая составляющая социофобии. Конкретные коррекционные методики работы на данном уровне представлены «антиципационным тренингом», «тренингом эмоциональной компетентности» и «саморегуляции эмоциональных состояний», общением в «режиме молчания», дезавтоматизацией патологических привычных действий и вегетативно-соматических реакций с помощью аппаратов биологической обратной связи и проч. При СДВГ дефицит активного внимания, двигательная расторможенность и импульсивность корректируются в процессе тренировки соответствующих психических функций с помощью традиционных игр, привлекательных для ребенка и требующих активного контроля вначале только одного компонента патопсихологической триады, в последующем – двух, а уж потом всех трех (Шевченко Ю.С.2017). В случае РДА синдромальный подход ориентирован, в первую очередь, на эмоционально-коммуникативную и когнитивную составляющую расстройства. Глубокий, инстинктивно-поведенческий пласт патологии при расстройствах аутистического спектра предполагает этологическую ориентацию коррекционных мероприятий (в том числе – холдинг с интраназальным введением окситоцина матери и ребенку). При нервной анорексии и «половой дисфории» объектами данного уровня воздействия должны являться 3 сферы искаженных телесных представлений: восприятие своего тела

(bodypercept) – мысленный образ, созданный о своем теле; схема тела (bodyschema), используемая для моторного контроля и имитации; тактильная форма (tactileform), актуальная при различных видах тактильной перцепции (GatsbyS., 2017).

Работа на этом уровне, направленная на коррекцию и стимуляцию интеллектуально-речевой сферы, включает также психологическую, логопедическую, дефектологическую коррекцию факультативных синдромов - дислалии, дислексии, дискалькулии, дисграфии и проч. (Ахутина Т.В., Пылаева Н.М., 2008), группы Монтесори. Эффективным методом обучения детей, имеющих определенные трудности чтения, письма или арифметического счета, является метод мультисенсорного обучения (multisensoryteachingmethod) - ВАКТ-метод, логически связанный с методиками предыдущего уровня. (Зверева Н.В., Горячева Т.Г., 2013).

Переходными к следующему уровню можно считать различные индивидуальные и групповые регрессивно-кондуктивные техники (в частности, музыкально-терапевтические, игровые, творческие), основанные на концепции В.В. Лебединского, касающейся онтогенетических уровней регуляции базального аффективного тонуса («полевого поведения», уровня «стереотипов», «аффективной экспансии», «социального контроля»). Четвертый уровень – поведенческий. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения, для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной (в т.ч. в форме «материнского гипноза» по Б.З. Драпкину) и других видов психотерапии (в т.ч. современных VR-технологий с использованием виртуальной реальности). В зависимости от возраста пациента и содержания «поведенческой мишени» (формирование того или иного навыка самообслуживания, преодоление конкретного страха, подавление агрессивных или аутоагрессивных действий и т.п.) данный уровень подразумевает либо приемы непосредственного формирования или торможения тех или иных стереотипных поведенческих моделей (с помощью вдохновляющих, награждающих, принуждающих или наказывающих воспитательных воздействий), либо приемы «передачи ответственности» (Байярд Р. и Дж., 2018), а также «семейного контракта» и создания «жизненных сценариев».

Переход к следующему уровню коррекционной программы осуществляется в процессе реконструкции уровней онтогенеза общения – ситуационно-личностного; ситуационно-делового; внеситуационно-познавательного; внеситуационно-личностного (по Н.Н. Лисиной). Актуальность данного подхода неуклонно повышается в связи с нарастающей компьютеризацией обыденной жизни с самого раннего возраста.

Пятый уровень – социально-личностный. Его цель - разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. В работе с интеллектуально сохранными детьми ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем (1995-2018) на основе концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю.С., 2017). Последняя интегрирует положения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии школы Б.Д. Карвасарского, принципы эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова и учение о психическом дизонтогенезе Г.Е. Сухаревой и В.В. Ковалева. Сутью данной концепции является решение актуальных экстра- и интра-психических задач, обеспечивающих саногенное развитие ребенка и его семьи в трех пространственно-временных координатах: «сейчас и здесь» (в зоне актуального функционирования), «тогда

и там» (в процессе позитивного регресса к предыдущим сензитивным периодам развития), «вскоре и вблизи» (за счет активного освоения зоны ближайшего развития - психоэлевации). Особенности проведения методики ИНТЭКС - восемь дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации, позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные механизмы «устойчивого патологического состояния» (по Н.П. Бехтеревой) социальной системы «больной ребенок – общество». Методика успешно применяется в отношении как самих пациентов дошкольного возраста и старше, так и их родителей.

Заключение. В изложенной нами концепции терапии нервно-психических расстройств у детей и подростков мы использовали термин «уровни» лечебно-коррекционного подхода для обозначения определенного направления работы и свойственного этому направлению арсенала специфических методов и средств. Уровни терапевтической работы в этом понимании ни в коей мере не подразумевают иерархической структуры и очередности реализации. Напротив, в идеале, в работе с каждым пациентом все уровни и типы терапевтических подходов должны использоваться в параллели, поддерживая терапевтический результат и усиливая его эффективность за счет слаженной работы полипрофессиональной бригады специалистов. Только в этом случае возможно достижение стабильности ремиссии, достижение качественной реадaptации и ресоциализации. Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии в службе детского психического здоровья вполне реален, перспективен и должен основываться на многоосевой (клинико-функциональной и социально-педагогической) диагностике, иметь онтогенетическую ориентацию и полипрофессиональное обеспечение вне зависимости от ведомственного подчинения детского учреждения (Северный А.А., Шевченко Ю.С., 2013; 2019). Многоуровневый подход в лечебно-реабилитационной работе с детьми и их родителями предполагает наличие соответствующих профессионалов и их специальную (теоретическую и практическую) подготовку, как в собственной дисциплине, так и в бригадном взаимодействии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Шемякина С. С., Игумнов С.А.

**ГБУ Республики Саха (Якутии) «Якутский республиканский наркологический
диспансер», ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН» им. В.П. Сербского МЗРФ
Якутск, Москва**

**Clinical pathomorphosis of alcohol dependence among the indigenous population of the
Republic of Sakha (Yakutia)
Shemyakina S.S., Igumnov S.A.**

Цель исследования: Разработать подходы к совершенствованию наркологической помощи больным из якутской этнической популяции с учетом влияния этнокультуральных факторов на клиническое оформление и интенсивность патоморфоза алкогольной зависимости в Республике Саха (Якутия).

Задачи исследования: 1. Выявить направленность клинического патоморфоза основных синдромов алкогольной зависимости у больных якутской и славянской этнической популяции, проживающих в Якутии, в период с 1987 – 1991 гг. и 2012 – 2016 гг.; 2. Провести сравнительный анализ психопатологической динамики алкогольной зависимости в двух различных этнических популяциях для установления влияния этнокультуральных факторов на клинический патоморфоз алкоголизма; 3. Выделить устойчивые и транзиторные симптомы алкогольной зависимости у славянской и якутской этнических популяций; 4. Разработать основные подходы для усовершенствования диагностики, лечения и реабилитации больных алкоголизмом среди больных из якутской этнической группы с учетом этнических и культуральных особенностей.

Материал и методы исследования. Материалом исследования служат сведения о пациентах из якутской этнической популяции, лечившихся в разные годы в ГБУ Республики Саха (Якутии) «Якутский республиканский наркологический диспансер», г. Якутск. Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально – психологический и статистический, с учётом международных требований GCP (GoodClinicalPractice) Для выборки дифференциальных критериев нозологической и синдромальной диагностики используются исследовательские диагностические критерии V раздела (Психические и поведенческие расстройства) МКБ-10.

Дизайн исследования. В данном исследовании проведен анализ выборки, сформированной на «пилотном» этапе и в дальнейшем расширенной до статистически необходимого объема в 160 пациентов. В Группу А (Гр.А) входят пациенты из якутской и славянской этнических популяций, лечившиеся в 1987-1991 гг., в Группу Б (Гр.Б) – лечившиеся в 2013-2015 гг. (по 80 больных со средней стадией АЗ в каждой группе). Критерии включения: мужчины из якутской и славянской этнических популяций; зависимость от алкоголя (F10.2). Критерии исключения: коморбидная психическая патология; злоупотребление иными психоактивными веществами.

Результаты исследования. Установлены клинические особенности алкогольной зависимости в различных этнических популяциях (на примере якутской и славянской). Определены основные этнокультуральные особенности клинической картины алкогольной зависимости среди якутской этнической популяции пациентов, заключающиеся в существенном влиянии на формирование клинической картины (синдром измененной реактивности, синдром психической и физической зависимости) специфического религиозного мировоззрения, а также особенностей психофизиологической адаптации в условиях Крайнего Севера.

Заключение. Проведенное исследование позволяет применить предлагаемые подходы в диагностике, лечении и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью в клинической практике с учетом влияния этнокультуральных факторов. Полученные результаты имеют значение для повышения качества оказания наркологической помощи якутской этнической популяции.

БРЕМЯ БОЛЕЗНИ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шишкова А.М.; Бочаров В.В.; Роялло К.В.

ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Санкт-Петербург

Burden of relatives caring for opioid addicted patients

Shishkova A.M.; Bocharov V.V.; Roialo K.V.

Зависимость от опиоидов является одним из наиболее социально опасных и разрушительных видов химической зависимости. Это заболевание тесно ассоциировано с рискованным поведением и сопутствующими инфекционными заболеваниями (гепатиты и ВИЧ-инфекция), криминализацией больных, высокой конфликтностью семейных взаимоотношений и домашним насилием. Родственники таких больных часто испытывают хронический стресс в связи с наркотизацией близкого. Однако, длительное время переживания и нужды членов семьи, опекающих аддикта, оказываясь вне поля зрения специалистов.

Ощущаемый в настоящее время дефицит исследований, направленных на объективацию негативных последствий и переживаний родственников больных с аддиктивными расстройствами, во многом связан с историей развития представлений о психологии родственников таких больных. Так, близкие опекающие аддикта, традиционно рассматривались с позиций концепции «созависимости», в рамках которой опека больного трактуется как деструктивные действия, обусловленные неосознаваемым стремлением родственника разрешить или компенсировать собственный внутренний невротический конфликт.

Произошедшая в последние десятилетия смена парадигмы и осознание научным сообществом значимой роли близких аддиктивного больного как осуществляющих опеку (Бочаров с соавт., 2016а; 2018а; Copello, Orford, 2002; M. DiSarnoetal., 2021, Raneetal., 2017, Туо, McCurry, 2020 и др.), определила высокую значимость исследований, направленных на изучение субъективных переживаний и объективных трудностей, возникающих у таких родственников.

В качестве теоретического конструкта, широко применяемого в настоящее время для систематизации последствий опеки хронически больного для его близких, выступает концепция бремени болезни. Разработанные на ее основе психодиагностические инструменты позволяют измерить как объективную (финансовые трудности, нарушения привычного ритма жизни и семейного досуга и т.п.), так и субъективную (ощущение субъективной трудности выполняемых действий и негативные эмоциональные переживания, связанные с больным и его опекой) нагрузку, обусловленную болезнью близкого.

Целью исследования являлось изучение особенностей переживания бремени болезни у родственников больных с опиоидной зависимостью, в зависимости от их ролевой позиции в семье.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 143 родственника пациентов с опиоидной зависимостью, находившихся на этапе реабилитации в СПбГБУЗ «ГНБ» и отделении терапии больных с аддиктивной патологией ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» в период с 2012 по 2015 годы. Постановка диагноза (F11) больным осуществлялась экспертами – врачами психиатрами-наркологами (по МКБ-10).

Принявшие участие в исследовании родственники были разделены на 3 группы, в зависимости от ролевой позиции, занимаемой ими в семье. Первую группу составили 79 родителей (средний возраст – 57,9 лет; SD = 6,62) больных, вторую – 28 супругов (средний возраст – 32,37 года; SD = 5,11) и третью – 36 сиблингов (средний возраст – 31,53 год; SD = 5,51) пациентов. Средний возраст пациентов составил 31,76 года (SD = 5,03), средняя длительность систематического употребления опиоидов – 11,55 года (SD=5,05).

Для выявления особенностей переживания бремени болезни в исследуемых группах применялась методика «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого у Родственников Больных с Аддиктивными Расстройствами» (ОНПБ-АР), разработанная А.М. Шишковой и В.В. Бочаровым (2021).

Психодиагностическая методика состоит из 43 пунктов, объединенных в 2 блока: первый блок отражает непосредственно показатели бремени болезни, второй – те аспекты функционирования родственников, которые ассоциированы с болезнью близкого. Первый блок включает шкалы: «Объективное бремя» и «Субъективное бремя», а также общий показатель бремени, являющийся их арифметической суммой. Второй блок включает шкалы: «Беспокойство», «Стигматизация», «Позитивные чувства по отношению к больному», «Негативные чувства по отношению к больному», «Ощущение утраты», «Удовлетворенность родственников взаимодействием со специалистами», а также дополнительный вопрос, направленный на оценку финансового бремени. Методика имеет хорошие психометрические характеристики, α Кронбаха шкал колеблется от 0,7 до 0,93.

Кроме того, на каждого обследуемого родственника заполнялась специально разработанная стандартизованная регистрационная карта, позволяющая учесть основные социально-демографические и клинические характеристики обследуемых и их страдающих опиоидной зависимостью близких.

Обработка исходной информации проводилась с использованием статистического пакета SPSSv. 23. Сравнение показателей ОНПБ-АР в исследуемых группах родственников проводилось при помощи дисперсионного анализа или методом Краскел-Уоллиса с последующим применением U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Достоверные различия в изучаемых группах обнаружены по шкалам «Объективное бремя» и «Общее бремя», «Беспокойство», «Позитивные чувства по отношению к больному» и «Финансовое бремя» при $p < 0,05$. По шкалам «Субъективное бремя», «Стигматизация», «Негативные чувства по отношению к больному», «Ощущение утраты» и «Удовлетворенность взаимодействием со специалистами» различий выявлено не было.

Родительская ролевая позиция в значительной степени связана с более выраженным беспокойством за больного в связи с состоянием его здоровья, трудностями личностного и социального функционирования, тревогой за будущее. Родители также отмечают более выраженное ощущение субъективной трудности финансовых затрат, обусловленных заботой о наркозависимом ребенке, по сравнению с супругами или сиблингами больного. Группу супругов преимущественно составили жены пациентов (58,8 % обследуемых в этой категории родственников). Для них характерно более выраженное осознание тех изменений, которые произошли в жизни в связи с необходимостью заботиться о зависимом от опиоидов, по сравнению с сиблингами пациентов. Жены больных острее ощущают непосредственную нагрузку, связанную с повседневной заботой о больном

(прием лекарств, структурирование времени, коррекция поведения) и в то же время чаще сообщают о положительном отношении к больному, выражающемся, в частности, в высокой значимости взаимоотношений с ним и удовольствии от совместного времяпрепровождения.

Схожие переживания в исследуемых группах родственников связаны с ощущением субъективной трудности жизненной ситуации, обусловленной необходимостью заботы об аддикте. Родители, супруги и сиблинги в равной степени чувствуют утрату тех взаимоотношений с больным, которые были с ним до болезни и испытывают негативные чувства по отношению к нему. Аналогичная картина, отражающая схожесть восприятия негативных последствий болезни, наблюдается у исследованных родственников и в области социальных взаимоотношений. В данных группах наблюдается схожая выраженность переживания общественной стигматизации и удовлетворенности взаимоотношений со специалистами.

Полученные данные в целом подтверждают разрабатываемый теоретический конструкт распределения стрессовой нагрузки в семье больного химической зависимостью и согласуются с полученными ранее эмпирическими результатами, отражающими наибольшую выраженность бремени болезни у родителей и супругов хронически больных.

Заключение. Результаты исследования могут быть использованы при разработке специализированных мероприятий, направленных на профилактику нервно-психических и психосоматических расстройств у родственников, опекающих больных с аддиктивными расстройствами, а также на повышение качества их жизни. В качестве ограничений проведенного исследования выступает незавершенность процедур по стандартизации методики, что ограничивает возможность интерпретации полученных данных. Значимым представляется также изучение бремени болезни у родственников, опекающих больных с различными видами химической и нехимической зависимости.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Шова Н.И.¹, Михайлов В.А.¹, Попов Ю.В.²

**Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, ¹ отделение лечения больных с экзогенно – органическими расстройствами и эпилепсией ², отделение лечения психических расстройств у лиц молодого возраста
Санкт-Петербург**

Non-psychotic mental disorders and suicidal behavior in patients with epilepsy

Shova N.I.¹, Mikhailov V.A.¹, Popov Y.V.²

Эпилепсия связана с ограниченными возможностями трудоустройства, более низким уровнем дохода и шансами найти спутника жизни, социальной маргинализацией и стигматизацией. Данное заболевание тесно связано с рядом психических и соматических расстройств. Ожидаемая продолжительность жизни снижается, а коморбидные психопатологические нарушения способствуют преждевременной смертности. Отмечается, двунаправленная связь между суицидальностью и эпилепсией. Выявление факторов риска формирования суицидальных намерений является обязательным для курации данных больных.

Цель исследования. Выявление и изучение непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией с суицидальными мыслями.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с установленным диагнозом эпилепсия. В зависимости от наличия суицидальных мыслей разделены на 2 группы: 1 группа (N=35) с суицидальными мыслями (34.9±11.8 года, средний возраст к периоду начала заболевания — 11±5 лет, средняя длительность заболевания — 20.6±12.3 года); 2 группа (N=45) без таковых (28.3±9.6 года, средний возраст к периоду начала заболевания — 28.2±9.5 лет, средняя длительность заболевания — 18.2±10.3 года). Использовали следующие методы исследования: клинический, психометрический, включающий использование следующих инструментов: шкала выраженности психопатологической симптоматики (Symptomchecklist-90-revised), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой).

Результаты и их обсуждение. По результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии выявлено, что пациенты 1 группы имеют выше уровень тревоги и депрессии по сравнению со 2 группой (1 группа – 8.71±5.18, 7.07±3.68; 2 группа – 5.28±3.15, 4.28±2.86; p<0.001). По результатам симптоматического опросника SCL-90-R выявлено, что пациенты 1 группы имеют разнообразные психопатологические синдромы и степени тяжести (GSI 1 группа 1.43±0.82, 2 группа 0.50±0.41, p<0.001) выше чем во 2 группе. Значимые различия выявлено по следующим параметрам: соматизация (1.59±0.04, 0.46±0.03, p<0.001), обсессивность–компульсивность (1.68±0.07, 0.65±0.06, p<0.001), сенситивность (1.29±0.09, 0.81±0.03, p<0.001), депрессивность (1.78±0.06, 0.52±0.04, p<0.001), тревога (1.48±0.04, 0.39±0.08, p<0.001). Суицидальный риск в 1 группе связан с такими показателями как «несостоятельность» (2.69, 2.00), «социальный пессимизм» (3.54, 1.54) и «временная перспектива» (2.77, 0.50); p<0.05. Формируется отрицательная концепция себя, невозможность конструктивного планирования своего будущего.

Выводы. Пациенты с эпилепсией, испытывающие длительное нарушение эмоционального благополучия, должны быть своевременно идентифицированы. Диагностика депрессии и тревоги независимо от условий жизни является подходящим способом выявления пациентов, которые могут нуждаться в медицинской помощи. Направление к психиатру обязательно в случаях тяжелой и трудно поддающейся лечению депрессии, или если есть доказательства суицидальных намерений. Оптимизация лечения эпилепсии с точки зрения контроля припадков и переносимости лечения имеет важное значение. В целом, биопсихосоциальная модель наиболее подходящим образом охватывает имеющиеся данные с точки зрения этиологии и лечения суицидального поведения при эпилепсии.

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Штельвах А.В. Афонина О.В. Одияк О.А. Петренко Е.Н.

**МБУ Городской центр психолого-педагогической поддержки молодежи "Родник"
Новосибирск**

**Organization of work of the municipal psychological and pedagogical center in modern
conditions**

Shtelvah A., Aphonina O., Odiak O., Petrenko E.

По данным исследования (7588 жителей России), проведенного НИУ ВШЭ в первом полугодии 2020 г. более 60% респондентов находились в состоянии эмоционального истощения, 35,3% - имели высокий уровень истощения. Эпидемиологическая картина г. Новосибирска по психологическому состоянию молодого населения имеет схожую картину. В 2020 году в Центр «Родник» за психологическими услугами обратилось 11538 учащихся школ от 14 лет, 11516 учащихся СУЗов, 6548 ВУЗов и 43312 родителей. В указанный период, население оказалось в состоянии стресса в связи с экономической и социальной обстановкой, снижением уровня активности и количества социальных контактов в результате ограничительных мер, связанных с эпидемиологической обстановкой.

Исходя из актуального запроса населения, было принято решение о создании службы кризисной психологической помощи на базе Центра «Родник». Кризисное состояние - психологическое состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (резкое изменение образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации. К таким ситуациям относятся: несчастные случаи, сопровождающиеся гибелью и инвалидизацией; насилие; потеря близких; постановка соматического диагноза; суицидальное поведение и т.д.

Кризисная психологическая помощь оказывается в случае, когда в результате кризисной ситуации возникает дезадаптация личности, нарушаются процессы целеполагания и контроля, возможность принятия решений, регуляции эмоционального состояния. Кризисная психологическая помощь включает в себя систему краткосрочных мероприятий, направленных на регуляцию актуального психологического состояния и негативных эмоциональных переживаний человека или группы людей, пострадавших в результате кризисной ситуации.

Служба кризисной психологической помощи - это сеть, включающая специалистов из 10 основных отделов Центра «Родник», находящихся в каждом районе города и главного офиса. Целью службы является оказание психолого-педагогической помощи и поддержки в кризисных ситуациях, возникающих в среде молодежи. Такую помощь могут получить подростки, семьи с подростками, молодые семьи, молодежь до 35 лет, обучающиеся образовательных учреждений.

Достижению данной цели способствуют следующие задачи:

- организация мероприятий по оказанию психологической помощи молодежи (и их окружению) в кризисной ситуации в очном формате (в т. ч. суицидальная превенция);
- оказание экстренной и кризисной психологической помощи субъектам образовательной среды образовательных организаций различного вида и типа по запросу образовательных организаций;
- оказание экстренной информационной поддержки молодежи, попавшей в кризисную ситуацию;
- методическое и супервизионное сопровождение специалистов Телефона Доверия и

онлайн службы психологической помощи по вопросам оказания дистанционной кризисной помощи;

- оказание методической и супервизионной помощи специалистам отделов МБУ Центр «Родник», специализирующихся на оказании кризисной психологической помощи;
- организация мероприятий, направленных на профилактику асоциального и деструктивного поведения подростков и молодежи, поддержку подростков и молодежи, находящейся в социально-опасном положении.

Служба кризисной психологической помощи объединяет три направления: психологическое консультирование, консультирование в кризисных ситуациях и телефон доверия. Кроме этого, специалистами Службы осуществляется тесное сотрудничество со службой онлайн-консультирования Центра «Родник»: специалисты службы онлайн-консультирования направляют клиентов в ситуации кризиса на очное консультирование в кризисную службу.

Спецификой Центра «Родник» является возможность оказывать именно пролонгированную психологическую помощь подросткам и молодежи. Служба является муниципальной и для клиентов психологическая помощь предоставляется бесплатно.

В кризисную службу входят следующие специалисты:

- педагоги-психологи;
- клинические психологи;
- методисты;
- психологи телефона доверия.

Всем специалистам, работающим в данной службе, оказывается интервизионная и супервизионная поддержка.

Совокупность высокопрофессиональных специалистов и различных методов оказания помощи позволяет обеспечить наиболее эффективную работу по предотвращению, непосредственную работу с кризисными ситуациями и создать безопасное пространство, куда может обратиться молодежь. Работая совместно, специалисты Центра «Родник» обмениваются информацией, оказывают друг другу методическую поддержку, проводят профессиональные супервизии, таким образом, подключая к работе над сложными случаями все доступные ресурсы, что является ключевым условием для оказания своевременной и качественной психологической помощи подросткам и молодежи.

Психологическая диагностика невротических компонентов в структуре личности больных эпилепсией

Якунина О.Н.

**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, отделение лечения больных с
экзогенными органическими расстройствами и эпилепсией
Санкт-Петербург**

**Psychological diagnosis of neurotic components in the structure of the personality of patients
with epilepsy
Yakunina O.N.**

В структуре личности больных эпилепсией наряду с особенностями, обусловленными органическим поражением головного мозга выявляются и невротические черты. Это связано с тем, что формирование психических нарушений при эпилепсии происходит под влиянием структурно-морфологических изменений головного мозга, собственно эпилептического процесса и социально-психологических факторов. Болезнь для пациентов, страдающих эпилепсией, является источником эмоционального стресса,

вызывая невротические реакции и неврозоподобные состояния в связи с ограничением образа жизни и социально-психологическими трудностями. Конверсионные расстройства встречаются не только при неврозах, но обнаруживаются и у больных эпилепсией. Они могут проявляться в клинической симптоматике психогенными неэпилептическими приступами, а также являться элементами структуры личности пациентов.

Цель. Изучение психологического статуса больных эпилепсией с элементами конверсии в структуре личности.

Материалы и методы. Обследовано 136 взрослых больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания. Выделена группа пациентов, имеющих конфигурацию профиля личностной методики ММРІ в виде «конверсионной пятерки». Это 25 пациентов (18,5%) в возрасте от 19 до 49 лет, средний возраст пациентов 32,7 года. Среди них 21 женщина и 4 мужчины, с длительностью заболевания от 1 года до 27 лет (средняя длительность – 11, 7 лет) и возрастом начала заболевания от 1 года до 45 лет (средний возраст начала заболевания 20, 6 лет). Социально-трудовой статус пациентов: у 6 пациентов была установлена третья группа инвалидности и два пациента имели вторую группу инвалидности, 17 пациентов не имели группы инвалидности. 11 человек были удовлетворены своим социально – трудовым статусом, а 14 пациентов хотели либо получить группу инвалидности, либо повысить уже имеющуюся. У 16 пациентов были сложные межличностные отношения с родственниками.

Применялась личностная методика ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник). Известно, что из психологических методик она наиболее четко диагностирует конверсионные нарушения. В ней сочетание высоких оценок по 1-й и 3-й шкалам с относительно низкой оценкой по 2-ой шкале образуют «конверсионную пятерку» (вид римской V). Низкая 2-ая шкала при повышенных оценках 1-й и 3-й шкал отражает проблему вытесненной тревоги и биологический способ защиты с конверсией (переводом) психологического конфликта, связанного с психотравмирующей ситуацией, в физиологические нарушения. Применялись также и другие психологические методики. Для оценки когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы использованы следующие методики:

- цифровая корректурная проба – оценка особенностей внимания и умственной работоспособности;
- методика «10 слов» и тест визуальной ретенции Бентона – изучение слухоречевой и зрительной памяти, зрительно-моторной координации;
- методика «Исключение лишнего предмета», методика Векслера и её отдельные субтесты – исследование мышления и интеллекта;
- методика самооценки функционального состояния (САН), семантический дифференциал Д.Фельдеса (СДФ), методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) – оценка особенностей эмоционального реагирования и поведения;
- методики Э.Хайма и Р. Лазаруса, методика LSI, методика TAS – изучение механизмов совладающего поведения, копинг-стратегий, механизмов психологической защиты и алекситимии.

Все методики созданы или адаптированы в лаборатории клинической психологии и психодиагностики НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Математическая обработка результатов исследования осуществлялась в системе Excel. При анализе полученных результатов в исследуемых группах применялся t-критерий Стьюдента и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Обнаружено, что наряду с повышением шкал «конверсионной пятерки» (74,7; 64,3; 73,5) в данной группе больных имеется повышение оценок по 4-ой, 6-ой, 8-ой и 9 шкале методики ММРІ (соответственно 70,8; 64,8; 77,7; 72,7). Это говорит о том, что в

структуре личности больных эпилепсией наряду с повышенной фиксацией на болезненных проявлениях, желанием продемонстрировать свои недуги и получить сочувствие окружающих выявляется склонность к импульсивному, неуравновешенному поведению, колебанию фона настроения, выраженным эгоцентрическим проявлениям. Для них характерно сочетание невротических черт с характеристиками свойственными пациентам с органическим поражением головного мозга: неустойчивость внимания, ослабление слухоречевой и зрительной памяти, снижение уровня обобщенности мышления. Преобладают сенситивный, тревожный и ипохондрический тип отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» (оценки по этим шкалам соответственно равны: 19,6; 12 и 11). Уровень агрессивности в данной группе пациентов – средний. Однако более высоки оценки по такому виду агрессии как самоагрессия, т.е. пациенты могут испытывать недовольство собой, своими поступками, внутренний дискомфорт. Наиболее выражены в этой группе пациентов такие механизмы психологической защиты как отрицание (71,9), компенсация (62,6), реактивные образования (62,0) и регрессия (56,5). Эти пациенты чаще выбирают такой способ совладающего поведения по Лазарусу как поиск социальной поддержки. Были рассмотрены показатели методики MMPI у пациентов, различающихся по полу, возрасту, длительности заболевания и возрасту его начала. Обнаружено, что в структуре конверсионных нарушений у мужчин преобладает ипохондрический компонент, а женщинам более свойственна эмоциональная лабильность. У женщин обнаружены значимые корреляционные связи такого механизма психологической защиты как регрессия с оценками шкал «конверсионной пятерки» методики MMPI (со шкалой 1 $r=0,59$; $P\leq 0,01$; со шкалой 2 $r=0,51$; $P\leq 0,05$; со шкалой 3 $r=0,45$; $P\leq 0,05$). У пациентов с возрастом усиливается инертность психической деятельности, склонность к формированию идей отношения, импульсивность эмоционального реагирования. Пациенты, заболевшие в позднем возрасте, как и пациенты старшей возрастной группы более торпидны в психической деятельности, ригидны в жизненных установках. Имеется слабо выраженная тенденция к усилению конверсионных нарушений у пациентов неудовлетворенных своим социально-трудовым статусом и желающих получить или повысить группу инвалидности.

Психологическая диагностика особенностей личности больных эпилепсией является обоснованием для психокоррекционных воздействий, цель которых повышение уровня адаптационных возможностей пациентов.

Заключение. Проведенное психологическое исследование выявило сочетание невротических и органических компонентов в структуре личности больных эпилепсией. Изучение особенностей психологического статуса пациентов способствует выбору индивидуальных реабилитационных программ, более целенаправленной психотерапевтической и психокоррекционной работе с этой категорией больных.

АДДИКТИВНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ КАК ФАКТОР РЕЦИДИВА И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЗАВИСИМОСТИ

Ян Е.Р., Гуткевич Е.В.

**Томский государственный университет, НИИ психического здоровья Томский НИМЦ
РАН; НИ ТГУ**

Томск

Addictive beliefs as a factor of relapse and a target of psychotherapy in addiction

Eugene R. Jan, Elena V. Gutkevich

Проблема зависимого поведения оценивается как один из наиболее глобальных вызовов последнего десятилетия. По оценке Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, в 2014 году число потребителей наркотических средств и психотропных веществ в России составило 8,5 млн. человек (около 6% населения страны). По данным Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ «Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, зарегистрированы с диагнозом наркомания 321,8 тыс. человек. Некоторые исследователи отмечают, что реальное число наркозависимых превышает количество зарегистрированных в 3-10 раз (Вязовиченко Ю.Е., 2011; Иванец Н.Н., 2008, Киржанова В.В., 2009; Царев С.А., 2005). Наркотическая ситуация в стране осложняется сразу несколькими факторами: снижение возраста первого употребления наркотических веществ (Алексеева Д.Н. 2014; Головки А.И. 2015; VandreyR., JohnsonM.W. 2013; WeinsteinA.M 2017); появление новых синтетических ПАВ («соли», «спайсы») (Бондарь И.В., 2014; ВинниковаМ.А., 2014; Кошкина Е.А., 2014); появление современных форм распространения наркотических средств с использованием информационно-телекоммуникационных систем.

Вышеперечисленные факторы создают новые вызовы для специалистов, занимающихся профилактикой и терапией аддикций. Традиционно принято рассматривать биопсихосоциальную природу зависимого поведения, следовательно, современные подходы в лечении химических зависимостей подразумевают комплексные программы, в которые включены как медикаментозные, так и психотерапевтические методы воздействия. Ряд исследователей считают именно психотерапию центральным компонентом в программе помощи при зависимостях (TolsmaR.J., DriolM.E., HilandT.A, 1992). Однако, во многих странах, в том числе и в России, лечение и реабилитация наркологических больных ведутся преимущественно лекарственными средствами в отделениях детоксикации. Ввиду отсутствия единого психотерапевтического стандарта, в СНГ при работе с зависимыми пациентами используются разные методы психотерапии и психологического консультирования, многие из которых не имеют научную доказательную базу. За рубежом признаны два наиболее популярных направления работы с зависимыми: 12-шаговые программы и когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). При сравнении эффективности данных видов терапии в глобальном проекте MATCH, были получены приблизительно одинаковые результаты (ProjectMATCHResearchGroup, 1997). В то же время ряд исследователей считают именно когнитивно-поведенческую терапию наиболее эффективным способом работы с аддикциями (Федоров, 2002; Ellis, 1985; Marlatt, 1998; Sobell, Sobell, 2003).

Первоначальная область применения когнитивно-поведенческой психотерапии для расстройств аддиктивного спектра сводилась к предотвращению рецидивов у пациентов с алкогольной зависимостью через преодоление или избегание повышенного уровня напряжения. Позже данный вид терапии стал использоваться для зависимых, употребляющих кокаин (Samp, Kadden, 2001). Представлены исследования, показывающие

эффективность данного направления терапии для большинства видов аддикций (KilukB.D., 2018; McHughR.K., HearonB.A., 2010; MorinJ.F.G., HarrisM., 2017; O'ConnorR.M., 2010; WindsorL.C.2015). В последние 20 лет в России также растет количество работ, посвященных эффективности КПТ при работе с расстройствами аддиктивного спектра (Буизман В., Веселкова Ю.В., Зенцова Н.И., Мелехин А.И., Сирота Н.А., Холмогорова А.Б. и др.).

Согласно когнитивной теории, зависимость – чрезвычайно сложный процесс, который характеризуется глубоко расположенными и стойкими малоадаптивными убеждениями «глубинные убеждения», «схемы» (BecketalA.T., 1993; Liese&Franz, 1996). Дисфункциональные аддиктивные убеждения играют роль в создании и эскалации тяги, крейвинга (желания употребить ПАВ). Они образуются в раннем детстве, посредством воздействия критического опыта и событий, и с самого начала никак не связаны с употреблением алкоголя или наркотиков. В начале возникновения зависимости употребление наркотического вещества оказывается компенсаторной стратегией, продолжающейся путем создания новых убеждений о наркотике, которые затем объединяются с уже существующими малоадаптивными убеждениями. А. Бек, Фред Райт, Кори Ньман и др. в своих исследованиях выявили схожие убеждения у людей с разными типами зависимостей. Данные категории убеждений были выявлены даже у людей с расстройствами пищевого поведения (Heatherton, Baumeister, 1991). Одна из целей КПТ аддикций – диагностика и реструктуризация данных убеждений, которые способствуют укреплению зависимости и создают основу для срывов и рецидивов. Следовательно, большой фокус внимания и выбор мишеней терапии сконцентрирован на когнитивной сфере.

За рубежом существует большое количество научных работ, посвященных исследованию значения убеждений при расстройствах аддиктивного спектра. Есть работы, показывающие характерные убеждения для разных типов аддикций (BeckA.T., 1992; LiH., 2013; Lopez-GonzalezH., 2020; NolanL.J., 2019; O'BrienE.K., 2017; Taumurl., 2016; WilsonH.D., 2013). Проводились исследования, посвященные убеждениям о выздоровлении (BoothV.M., 2014; CunninghamJ.A., 1996; KleinjanM., 2009), аддиктивных убеждений у разных групп населения и лиц из разных регионов (BachmanJ.G. 1990; ElKhouryJ., 2018; PalamarJ.J., 2018; SigelmanC.K., 2000). В то же самое время, по сравнению с зарубежными коллегами, в работах отечественных исследователей данная тема представлена недостаточно. Синонимично термину «убеждение» – «belief», в отечественных работах часто используется термин «установка» – «attitude» (Асеева А.Д., 2014; Воеводин И.В. 2015; Крылова Н.В. 2012; Просветова А.А. 2015). В преимуществе своем это разрозненные работы, не объединенные одной методологической базой.

Цель данной работы представить классификацию аддиктивных убеждений, которая используется во многих зарубежных пособиях и научных работах по когнитивно-поведенческой терапии аддикций (PlancherelB. etal. 2005; ChabrolH., 2004; NewmanC.F., 2001; BallS.A., 2001; Rangé V.P., 2012; CoatesJ.M., 2018; LieseB.S., 2012; HillR., 2021). Аарон Бек и др. определили аддиктивные убеждения как «кластер идей, сконцентрированных вокруг поиска удовольствия, решения проблем, облегчения или избегания». Также, помимо вышеперечисленных убеждений, авторы выделяют различные идеи, касающиеся оправдания употребления, принятия рисков и дозволения употребить. Ими была предложена классификация, в которой аддиктивные убеждения разделяются на три типа: 1) Предвосхищающие убеждения (anticipatorybeliefs): позитивные ожидания, относительно употребления ПАВ – «Употреблять весело», «вечеринка без наркотиков – время впустую»; 2) Ориентированные на облегчение убеждения (relieving/ relief-oriented) – ожидание снижения дистресса или дискомфорта. «опиоиды помогают успокоиться», «выпить для меня – перезагрузка после рабочей недели»; 3) Разрешающие убеждения

(permissivebeliefs) – мысли, которые позволяют или оправдывают употребление ПАВ «если ты приносишь в дом деньги, значит имеешь право немного расслабиться, употребив ПАВ», «раз в месяц можно себе позволить», «если ты не пьешь дома – это дозвоительно».

Таким образом, аддиктивные убеждения негативно влияют на мотивацию к выздоровлению, увеличивают риск срывов и рецидивов а также снижают способность совладать с влечением к ПАВ. Выявление, модификация и реструктуризация данных убеждений является важным компонентом лечения. Возможность категоризировать и выявлять данные убеждения у зависимых пациентов поможет более точно и индивидуализированно подобрать мишени психотерапии.

ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОДРОСТКОВ СТАЦИОНАРА, СТРУКТУРА И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

**Ястребова А.И., Евдокимова Г.Ш., Халтурина А.Б., Кашкина Г.А., Тарадина В.А.,
Дмитриенко Л.Н., Егорова Г.В.**

ГБУЗ СПб7, психиатрические отделения №2, №5

Санкт-Петербург

Mental pathology of adolescent patients in the hospital, its structure and methods of therapy

Yastrebova A.I., Evdokimova G.Sh., Halturina A.B., Kashkina G.A.,

Dmitrienko L.N., Egorova G.V.

Подростковый возраст в рассмотрении его значимости для изучения различной психической патологии может являться ключевым этапом жизни пациента, в период которого возникают и проявляются различные виды психических заболеваний. Поэтому актуальность изучения подростковой психической патологии, ее структуры и методов терапии особо значима не только в подростковой психиатрии, но и для важна в целях умения выявлять истоки, причины и факторы возникновения и психической патологии среди пациентов совершеннолетнего возраста. В данной работе представлен анализ психических заболеваний среди подростков, находящихся на лечении в условиях стационара в целях понимания, с какими проблемами и патологиями ежедневно сталкивается современный подросток и практикующие врачи-психиатры.

Цель исследования: Выявление условий возникновения (факторов риска) психической патологии среди болеющих подростков, структура подростковой патологии по нозологиям, разработка методов терапии.

Материалы и методы: В работе исследовано 605 пациентов подростков от 14-18 лет, мужского и женского пола, находящихся на лечении в условиях стационара ГБУЗ СПб7 (2 и 5 отделений) г. Краснодара в период с 2018 по 2020 гг (за три календарных года), а также изучены их истории болезней. Все пациенты прошли стандартное психологическое обследование с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО Личко А.Е.), методика которого предназначена для определения типов акцентуаций характера и вариантов конституциональной психопатии, психопатических развитий и органических психопатий в подростковом и юношеском возрасте (14-18 лет). Также в благоприятных для наблюдений условиях стационара производились ежедневные описания состояния пациентов и динамика их лечения при различных психических расстройствах, т.е. материалом исследования использованы дневники наблюдений.

Результаты и обсуждение: Всего исследовано 605 пациентов, среди которых 196 лиц женского пола и 409 лиц мужского пола, что в процентном соотношении составило 32,4 % и 67,6 % соответственно. За 2018 год обследовано 259 чел., за 2019 год – 244 чел., за 2020 год – 102 чел. При изучении анамнезов заболеваний пациентов. Были выделены

следующие факторы риска возникновения психических нарушений - наследственная патология (в т.ч. алкоголизм и наркомания) 27 %; проблемы отношений в семье 45%; проблемы в социуме (школа. Работа. Отношения с друзьями, несчастная любовь) 72%; социальное влияние, давление СМИ 35%; наличие перинатальной патологии 53,9%. В результате анализа структуры заболеваний, пациенты были разделены по установленным диагнозам, согласно шифрам МКБ (за три календарных года) по след.принципу: F 06- 167 подростков (27,6 %); F 07- 99 подростков (16,3 %); F 20- 41 подросток (6,7%); F 40- 85 подростков (14,0%); F50- 6 подростков (только девочки, 1%); F60- 11 подростков (1,8%); F70- 61 подросток (10,0%); F80- 16 подростков (только мальчики, 2,6%); F90- 119 подростков (19,6 %); Таким образом наиболее частой патологией при стационарном лечении среди подростков были нарушения, относящиеся к графе F06 «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью», на втором месте графа F90 «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте»; на третьем месте графа F07 «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга» (среди подростков данной графы были лица только 17,18 лет).Второй частью исследования было определение методов терапии, основными из которых выделены: 1- медикаментозная терапия (нейролептиками, нормотимиками, антидепрессантами, транквилизаторами); 2 – психокоррекционная работа. На основании мед.документации среди препаратов различных групп для лечения патологий подросткового возраста наиболее часто использовались следующие наименования: нейролептики (тиапридал, рисперидон, трифлуоперазин, галоперидол, хлорпромазин, алимемазин, перициазин, хлорпротиксен); нормотимики (окскарбазепин, карбамазепин, вальпроевая кислота); антидепрессанты (флувоксамин, сертралин, кломипрамин); транквилизаторы (гидроксизин). Стоит отметить, что при нарушениях поведения, эмоциональных расстройствах без органического фона лучше себя проявили такие препараты как тиапридал, хлорпромазин, окскарбазепин, перициазин, хлорпротиксен (как нормотимик в т.ч). При расстройствах эндогенного типа широко применялся рисперидон, трифлуоперазин, флувоксамин, сертралин. Также пациенты с органическими расстройствами в обязательном порядке получали ноотропную терапию (этилметилгидроксипиридина сукцинат, кортексин, глицин, витаминотерапию). Врачами проводилась психокоррекционная работа с подростковым контингентом больных, которая была представлена 5 занятиями в период госпитализации, что благоприятно сказывалось на процессе выздоровления. Среди всех исследуемых пациентов психокоррекционной работой были задействованы 63,8% пролеченных. Оценка результатов лечения показала, что пациенты, которые посещали психокоррекционные занятия были более адаптированы, подвержены лечению.

Заключение: на основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: 1. факторы риска возникновения заболеваний психики у подростков имеют определяющее значение в постановке диагноза, лечения и прогноза, борьба с ними является важнейшей задачей профилактики в работе специалистов. 2. В структуре заболеваний среди пациентов подростков стационаров преобладают больные с психическими расстройствами органической природы, а также с расстройствами поведения и эмоций, в связи с чем важнейшей задачей является выявление поведенческой патологии в подростковом возрасте с целью купирования возможного возникновения психической болезни по достижению зрелого возраста. 3. Для лечения подростковой патологии необходим комплексный подход (прием медикаментов + психокоррекционная работа), что обеспечивает более благоприятный прогноз течения заболевания.

**КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Б.Д. КАРВАСАРСКОГО:
«АЛЬЯНС ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ. НАУКА И РЕАЛЬНЫЙ
МИР В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»**

29 октября 2021 года

Санкт-Петербург

ТЕЗИСЫ

[Электронный ресурс: <https://psychiatr.ru/events/1013>]

Под общей редакцией Н.Г. Незнанова

*Прием тезисов, научная и техническая
корректурa осуществлена силами
Федерального консультативно-методического
центра по психотерапии
Технический редактор: Старунская Д.А.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3
E-mail: fkmc.pt@gmail.com, www.psychiatr.ru
Сохранены авторские стилистика и
пунктуация.*

ISBN 978-5-94651-090-5

© РОП, 2021
© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021
© Коллектив авторов, 2021