



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**НАУКА И ПРАКТИКА
РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХИАТРИИ:
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

ЧЕТВЕРТЫЙ СЪЕЗД РОССИЙСКОЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

ТЕЗИСЫ

05 февраля
- 06 февраля
2016 года

Санкт-Петербург



Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
Российское общество психиатров
Российская психотерапевтическая ассоциация
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига
Европейская конфедерация психоаналитической психотерапии

При участии:

Восточно-европейского института психоанализа
Российской медицинской академии последиplomного образования Российской Федерации
Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов
Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

НАУКА И ПРАКТИКА РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХИАТРИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

ЧЕТВЕРТЫЙ СЪЕЗД РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

5-6 ФЕВРАЛЯ 2016 ГОДА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

...

ТЕЗИСЫ

ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ Н.Г. НЕЗНАНОВА

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]
ISBN 978-5-905498-44-2

Санкт-Петербург
Издательский отдел ООО «Альта Астра»
2016

© ФМИЦПН, 2016
© РОП, 2016
© НИПНИ, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016

Научно-практическая конференция с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития», 5-6 февраля 2016 года, Санкт-Петербург [Электронное издание]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-905498-44-2.

Ответственный редактор: Незнанов Н.Г.

Редакционная коллегия:

Караваяева Т.А.

Крупницкий Е.М.

Мазо Г.Э.

В сборнике материалов научно-практической конференции с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития», посвященной 85-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского, собраны труды отечественных и зарубежных ученых и практиков, обобщающие опыт и современные научные исследования в области психотерапии, психиатрии, наркологии, медицинской психологии, организации здравоохранения. Требования доказательной медицины, интеграция различных медицинских дисциплин, направленность на персонализированные подходы в диагностике, терапии, реабилитации определяют актуальность рассматриваемых авторами тем, охватывают широкий спектр важных вопросов, решение которых является первостепенной задачей медицины. Развитие перспективных направлений психотерапии, психиатрии, психофармакотерапии, использование интегративных представлений в лечении различных психических и соматических заболеваний определяется биопсихосоциальной концепцией возникновения и развития нарушений, принятой в настоящее время во всем мире. Широта применения психотерапии, развитие ее научных направлений, изучение эффективности и доказательности являются сегодня предметом активных дискуссий и рассматриваются участниками конференции с различных позиций, освящая наиболее спорные, неоднозначные и проблемные области и вопросы.

Издание адресовано врачам-психотерапевтам, психиатрам, наркологам, врачам общей практике, медицинским психологам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, интересующимся данной проблематикой.

Технические редакторы:
Караваяева Т.А., Ионочкина Е.В.

*Оригинал-макет подготовлен издательским отделом
ООО «Альта Астра», 191024, Санкт-Петербург,
ул. Мытнинская, д.1/20, тел./факс: (812) 710-75-10,
e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com*

Дизайн, верстка: Альков А.С.

*Сдано в набор 15.01.2016, подписано к использованию 29.01.2016
Гарнитура «Таймс», формат 60X84 1/8, 93 стр.*

*Объем 41,5 Мб
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 200 экз.*

ISBN 978-5-905498-44-2

© РОП, 2016
© НИПНИ, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016



Уважаемые коллеги!

Открывая сегодняшнюю встречу хочу отметить растущее значение психиатрической науки и практики в наше нелегкое, полное духовных и душевных кризисов время.

Конференция охватывает наиболее актуальные и острые вопросы современной медицины достижения и перспективы развития психотерапии и психиатрии на настоящем этапе. Само определение научных проблем конференции встретило трудности в связи с многоаспектностью, наличием различных подходов к пониманию и изучению методологии исследований, имеющимися сложностями в определении диагностических критериев и оценке клиникопсихопатологических проявлений различных нозологических форм, предъявляемыми требованиями к обоснованности лечебных воздействий и необходимостью доказательной эффективности проводимой психотерапии, несовершенством организационных и правовых механизмов.

Развитие психотерапии и психиатрии на современном этапе, основанное на интеграции достижений науки, внедрении новых технологий, реформ в области организации медицинской помощи, способствует междисциплинарному сотрудничеству в сфере охраны психического здоровья и является приоритетным направлением. Новые подходы в диагностике и классификации психических расстройств, многомерный анализ соматического и психического состояния пациента, учет психологических особенностей и социального функционирования, необходимость повышения качества жизни требуют от специалистов различных направлений выработки единых компромиссных решений по многим вопросам. Увеличение количества методов психотерапии, внедрение ее в различные области медицины для лечения широкого круга заболеваний основано на биопсихосоциальной концепции возникновения и развития психических расстройств, принятой сегодня во всем мире.

Актуальным этапом совершенствования психотерапевтической помощи становится создание комплексных программ лечения, интегрирующих методы различных направлений, и разработка персонализированных подходов, что предъявляет повышенные требования к научным исследованиям, изучающим экономическую и терапевтическую эффективность. Важное значение в комплексном лечении и восстановлении пациентов сегодня занимает психофармакотерапия, как активно развивающаяся отрасль, направленная, преимущественно на биологическое звено патогенеза психических расстройств, применение которой должно быть согласованно с другими терапевтическими воздействиями и реабилитационными мероприятиями.

Основными вопросами конференции являются рассмотрение результатов и достижений, полученных в научной сфере и обобщенный практический опыт на современном этапе развития психотерапии и психиатрии, границы и взаимопроникновение этих дисциплин, уточнение областей компетенции, алгоритмов и технологий диагностики, лечения и обучения специалистов.

Исследованию пограничных психических расстройств, невротозов, становлению и совершенствованию психотерапии в нашей стране посвятил свою жизнь выдающийся ученый, глава Санкт-Петербургской (Ленинградской) Школы психотерапии Борис Дмитриевич Карвасарский, который проработал в Институте им В.М. Бехтерева более полувека. Являясь главным психотерапевтом Минздрава России на протяжении более 20 лет, он внес неоценимый вклад в науку, становление и развитие психотерапии в стране. Настоящая конференция посвящена 85-летию со дня рождения профессора Б.Д. Карвасарского, сохранению и развитию его колоссального научного и практического наследия.

*Директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева,
главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора,
Президент WADP, Президент Российского общества психиатров,
заслуженный работник Высшей школы, доктор медицинских наук, профессор*

Н.Г. Незнанов



**БОРИС ДМИТРИЕВИЧ КАРВАСАРСКИЙ (БИОГРАФИЧЕСКИЙ ОЧЕРК).
К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ**

Каравасева Т.А.¹, Васильева А.В.¹, Подсадный С.А.², Чехлатый Е.И.¹

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Являясь выдающимся ученым, блестящим врачом, прирожденным психотерапевтом, удивительнейшим человеком, Борис Дмитриевич Карвасарский – глава Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии внес неограниченный вклад в науку, становление и развитие психотерапии и медицинской психологии в стране.

Борис Дмитриевич Карвасарский родился в г. Дerezня близ г. Каменец-Подольска Хмельницкой обл. СССР (СССР) 3 февраля 1931 г. Его отец в 1939 г. был призван в ряды Рабоче-крестьянской красной армии (РККА), погиб при обороне Киева в сентябре 1941 г. Мать с сыном (Борисом Дмитриевичем) были эвакуированы сначала в г. Чугуев Харьковской области, а затем, в г. Ирбит Свердловской области. В 1944 г. они переехали в г. Житомир, мать повторно вышла замуж, и после демобилизации отца семья переехала в г. Слуцк.

В 1948 г. Борис Дмитриевич закончил среднюю школу с серебряной медалью. Добиться успехов в учебе, невзирая на частые смены учебных учреждений, ему позволили такие качества как прилежность, усердие, высокий интеллект. В том же 1948 г. Борис Дмитриевич поступил и в 1954 г. закончил Военно-морскую медицинскую академию (ВММА) в Ленинграде, получив диплом с отличием. Во время учебы неоднократно награждался грамотами за отличную учебу, общественную работу и спортивные достижения – на различных соревнованиях академии по боксу неоднократно занимал призовые места.

После окончания ВММА в 1954 г. был направлен на Северный флот в Заполярье для несения военно-морской службы. В 1955 г. прошел стажировку при неврологическом отделении 74-го военно-медицинского госпиталя. С этого времени научно-практические интересы Бориса Дмитриевича лежали в сфере неврологии и психиатрии. Он служил в должности начальника медицинской службы в различных частях Северного флота на эсминцах. В 1957 г. был демобилизован по болезни в звании старшего лейтенанта.

В 1957 г., приехав с молодой семьей в Ленинград, Борис Дмитриевич подал документы для поступления в аспирантуру в Научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева и после успешной сдачи экзаменов был зачислен аспирантом в отделение неврозов и пограничных состояний.

С этого момента вся жизнь Бориса Дмитриевича была неразрывно связана с Научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева.

В первые месяцы аспирантуры была определена тема научной работы, посвященная проблеме головной боли при неврозах. В то время это направление исследований интересовало научного руководителя Бориса Дмитриевича, профессора, члена-корреспондента Академии педагогических наук Владимира Николаевича Мяснищева, основателя психологии отношений, патогенетической концепции неврозов и психотерапии.



Обучение в аспирантуре в отделении неврозов и пограничных состояний не ограничивалось только научной работой: аспиранты имели и значительную клиническую нагрузку, развивавшую из них настоящих профессионалов в области пограничной психиатрии, неврологии и психотерапии. Клинические случаи, представленные Борисом Дмитриевичем, отличались глубоким анализом жизненного пути, особенностей патогенеза заболевания пациента и стратегии терапии. Эта манера отличала в дальнейшем на протяжении многих десятилетий ведение клинических разборов в отделении неврозов и психотерапии. В характеристике на аспиранта Бориса Дмитриевича Карвасарского профессор Елена Константиновна Яковлева отмечала, что «представляемые им демонстрации больных на отделенческих и общенститутских конференциях обращали на себя внимание тщательностью проведенных клинико-экспериментальных исследований, богатым литературным обзором и прекрасным изложением».

В июне 1959 г. на Всероссийской конференции молодых ученых невропатологов и психиатров Борис Дмитриевич сделал доклад по своей теме исследований, который был отмечен Почетной грамотой Минздрава РСФСР. В декабре 1959 г. по предложению своего научного руководителя профессора В.Н. Мясичева Борис Дмитриевич прервал обучение в аспирантуре и занял должность младшего научного сотрудника отделения неврозов и пограничных состояний.



В 1960 г. Борис Дмитриевич защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Головные боли при неврозах (некоторые вопросы клиники, этиопатогенеза, патофизиологии и терапии)». В 1962 г. Борис Дмитриевич стал старшим научным сотрудником Лаборатории экспериментальных неврозов при отделении неврозов и пограничных состояний Института им. В.М. Бехтерева. В дальнейшем научные интересы были посвящены комплексному исследованию головных болей при неврозах и других пограничных состояниях, которые в 1967 г. завершились защитой докторской диссертации на тему: «Патогенетические механизмы и дифференциальная диагностика головных болей в клинике неврозов».

С 1965 г. в течение десяти лет он совмещал работу в Институте им. В.М. Бехтерева с преподавательской деятельностью на психологическом факультете Ленинградского государственного университета (ЛГУ), где прошел педагогический путь от ассистента до профессора кафедры общей психологии. На протяжении этих лет он разработал программу и ввел цикл специализации по медицинской психологии. По сути дела, им были заложены основы преподавания медицинской психологии, сформулирована концепция участия психолога в психотерапии и здравоохранении.

В апреле 1969 г. Борис Дмитриевич Карвасарский был избран по конкурсу и стал научным руководителем отделения неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. Созданная им биопсихосоциальная концепция неврозов представляет собой методологию и практику диагностики и лечения этой распространенной группы заболеваний и получила широкое признание в нашей стране и за рубежом. Концепция опубликована в неоднократно переиздававшейся монографии «Неврозы».

Одновременно, продолжая, по совместительству, преподавать в ЛГУ, Борис Дмитриевич проявил себя как крупный организатор образовательной деятельности в сфере медицинской психологии. Он организовал, и длительное время руководил на факультете психологии специализацией по медицинской психологии, обобщив свой опыт работы в монографии «Медицинская психология» (1982 г.).

В 1971 г. Борису Дмитриевичу присвоено звание профессора. В 1974 г. он стал всесоюзным куратором по проблеме «Неврозы». Им проводилась большая работа по координации научных исследований в этой области в СССР. Он являлся также членом Проблемных комиссий АМН СССР «Медицинская психология» и «Основные психические заболевания».

Борис Дмитриевич был представителем советской стороны в координационной рабочей группе социалистических стран по психотерапии. В рамках этой международной деятельности командировался в ГДР, ЧССР, ПНР, НРБ, где многократно выступал с докладами, пропагандируя достижения советской науки. Стал инициатором и руководителем совместных межгосударственных научных психотерапевтических исследовательских программ с учреждениями ГДР и ПНР. Был избран почетным членом Общества врачебной психотерапии ГДР.

Многократно выступал организатором Всесоюзных и Всероссийских симпозиумов и конференций.

С 1982 по 1993 гг. Борис Дмитриевич работал по совместительству в Ленинградской (Санкт-Петербургской) медицинской академии последиplomного образования (ныне Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (СЗГМУ им. И.И. Мечникова)), где организовал кафедру психотерапии и стал ее заведующим (по совместительству). На базе этой кафедры в 1993 г. в системе институтов усовершенствования врачей была создана первая самостоятельная кафедра медицинской психологии, которая в 2011 г. объединилась с кафедрой психотерапии в кафедру психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В 2001 г. из кафедры психотерапии СПб МАПО выделена самостоятельная кафедра детско-подростковой психиатрии и психотерапии, которая продолжает работу в СЗГМУ им. Мечникова (после слияния этих учреждений). В настоящее время эти кафедры возглавляются его учениками.

Результатом последующей исследовательской деятельности Б.Д. Карвасарского явилось создание ведущего направления психотерапии в стране – современной концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Изложенные в монографии «Психотерапия» (1985 г.) идеи – классический труд в этой области. Основные главы этой монографии были изданы в США.

Являясь с 1986 г. главным психотерапевтом Министерства здравоохранения РСФСР, а затем и руководителем Республиканского (затем Федерального) научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии, Борис Дмитриевич заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению, создал институт главных психотерапевтов в регионах РФ, организовал их подготовку и усовершенствование. Под его руководством в ряде регионов созданы крупные психотерапевтические центры, позволившие значительно улучшить психотерапевтическое обслуживание населения и повысить квалификацию врачей и психологов. Борис Дмитриевич являлся руководителем ряда международных психотерапевтических программ, в том числе с учеными Германии (Университет г. Франкфурта) и США (Университет Хофстра г. Нью-Йорка).

В 2006 году Борису Дмитриевичу Карвасарскому было присвоено звание почетного профессора Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP).



Борис Дмитриевич Карвасарский – автор 215 научных работ, 24 из них опубликованы за рубежом, 14 монографий; главный редактор 12 энциклопедий и учебников: «Психотерапевтическая энциклопедия» (1999, 2002, 2006 гг.), «Психотерапия» – учебник (2000, 2002, 2007, 2013 гг.), «Клиническая психология» – учебник для студентов медицинских вузов и психологических факультетов (2002, 2005, 2006, 2010, 2014 гг.) и др.; редактор и соредатор 14 тематических сборников научных трудов по проблемам неврозов, психотерапии и медицинской психологии. Под руководством Бориса Дмитриевича Карвасарского защищено свыше 100 кандидатских и 27 докторских диссертаций. Его учениками были не только специалисты из Российской Федерации и ближнего зарубежья – Белоруссия, Украина, Молдова, Литва, но и дальнего – США, ФРГ, Израиль.

Борис Дмитриевич до сих пор остается в памяти современников выдающимся российским медицинским психологом и психотерапевтом, учеником В.Н. Мясищева, создателем Ленинградской – Санкт-петербургской школы психотерапии.

Борис Дмитриевич Карвасарский – доктор медицинских наук (1967), профессор (1971), заслуженный деятель науки РФ (1996). Он являлся почетным президентом созданной им Российской психотерапевтической ассоциации и главным специалистом-экспертом по психотерапии Росздравнадзора. Награжден орденом «Знак почета» (1981 г.), медалью ордена «За заслуги перед Отечеством II степени» (2007 г.).

Умер Борис Дмитриевич 24 сентября 2013 г.

В настоящее время развитие идей Б.Д. Карвасарского продолжают его ученики по всей стране и в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

**ALCOHOL ABUSE:
RISKS AND TREATMENT DEVELOPMENT**

Z. Carl Lin, Ph.D.

*Laboratory of Psychiatric Neurogenomics
McLean Hospital, Harvard Medical School, Belmont, USA*

Alcohol use disorder (AUD) is a leading cause of chronic diseases, related to several different medical conditions and generating a huge economic burden to the society around the world. However, effective treatment of this brain disorder remains a critical need. Development of effective treatment requires a comprehensive understanding of the etiology, environment and genome, based on both clinical and preclinical findings. Environmental risks include psychological stressors, secondhand smoke, early life exposure (at the dinner table and via peer deviance) to and high availability of alcohol and possibly, maternal high fat diet. Genomic risks comprise DNA sequence variation and varying modification of the genome. Genomic risks may prepare partly for environmental risks and the latter may exacerbate the former. Transporter-based depletion of the extracellular dopamine in the central nervous system points to a merging view that can elucidate the multifactorial etiology. Reduced expression of the vesicular monoamine transporter 2 (VMAT2), due to curtailed recycling of dopamine to extracellular space, and/or increased expression of the plasma membrane dopamine transporter (DAT) both contribute to depleted extracellular dopamine. Several of the environmental risks *de facto* increase the DAT expression in animal models; and genetic variations associated with decreased VMAT2 or increased DAT expression predispose to AUD in humans. Furthermore, puerarin, one of isoflavones, is able to upregulate VMAT2 expression, although in a variant-dependent manner, and congruently being used to treat patients with AUD successfully. There is currently no DAT gene-targeted genomic medication for addiction, identifying a major pharmacotherapeutic gap. Given the fact that extracellular inhibitors of DAT may carry psychostimulant potentials, drugs that target genomic activity in the transporter genes may represent next generation medicine for AUD in general, better fitting with individualized medication. Together, these converging findings on the central dopamine system buoy a continued delineation of environment x genome interaction in AUD, providing evidence-based guideline for development of treatment strategy and genomic medication for this brain disorder.

**СООТНОШЕНИЕ КОГНИТИВНОГО
И АФФЕКТИВНОГО В АНАЛИТИКО-
КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Александров А.А.

Санкт-Петербург

1. Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – это современная модель патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева. Принцип патогенетической психотерапии – «осознание должно быть эмоционально насыщенным» – в АКТА претворяется в применении техники «диалога с воображаемым собеседником» – диалога с эмоционально значимой для пациента фигурой, включенной в сферу его переживаний. В этих диалогах, проясняя конфликтные отношения со значимыми другими, пациент приходит к осознанию внутренних конфликтов, в основе которых лежат нарушенные отношения его личности. Благодаря такому нововведению аналитический (рациональный) метод патогенетической психотерапии преобразуется в аналитико-катартический.

2. Баланс воздействия на когнитивном и аффективном уровнях сознания достигается в АКТА благодаря использованию «челночной тактики»: аналитическая «беседа» и «диалоги» составляют два последовательно сменяемых и взаимно дополняющих друг друга блока. Преследуя одну стратегическую цель – коррекцию нарушенных отношений – эти блоки имеют разные тактические задачи. «Беседа» готовит почву для «внутреннего переворота», сеет сомнения, расшатывает убеждения пациента, обостряет внутренние противоречия – здесь терапевт акцентирует когнитивный аспект изменений, в большей степени обращается к разуму, логике; в «диалогах» же акцент переносится на переживания, чувства и желания пациента; задача диалога – достижение катарсиса, или, как минимум, приближение к нему. Терапевт в этом процессе помещает себя между этими блоками, и постоянно перемещается, напоподобие челнока, от одного полюса к другому, перемежая беседу-дискуссию с диалогами.

3. Диалоги в АКТА находятся под контролем терапевта. Он исследует внутренние переживания пациента, и изнутри наблюдает, что происходит с пациентом, разбирается в его противоречивых чувствах, сталкивает их, подогревает конфликт и доводит его до взрыва. Такая позиция терапевта – проникновение во внутренний мир пациента и соучастие в процессе его самопознания – может быть названа «управляемой интроспекцией». Весь процесс сравним с «внутренним переворотом», личностной революцией, подготовленной, спровоцированной и осуществленной терапевтом силами пациента.

4. Акта разграничивает понятия инсайта и катарсиса. Инсайт – это интеллектуальное явление, суть которого во внезапном понимании проблемы и нахождении её решения. Катарсис – это феномен, при котором прежде подавленное, вытесненное психологическое содержание становится осознанным (в виде озарения) в результате

предварительной мучительной внутренней работы по преодолению душевного кризиса. Это момент прорыва психологической защиты, сопровождаемый эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей трансформацией личности. Если инсайт – это «эврика!», то катарсис – это «очищение» (нравственное). Если инсайт связан с «муками творчества», с интеллектуальными поисками решения задачи, то катарсис связан с «муками совести». Исходя из такого понимания механизма «катарсиса» применение АКТА наиболее уместно в тех случаях, когда внутренние противоречия возникают в сфере нравственных отношений человека, когда затрагиваются его честь, достоинство, чувства справедливости, сострадания и другие нравственные категории. В этом смысле катарсис выполняет очистительную функцию.

КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МУЖЧИН ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алексеев Б.Е., Винтер В.Л.

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург*

Пациенты мужского пола, перенесшие ИМ, зачастую испытывают сложности при возвращении к половой жизни. Доказано, что снижение или отсутствие сексуального функционирования отрицательно влияет не только на качество жизни мужчины, но и негативно сказывается на ее продолжительности. Проблемы сексологического характера, возникающие у больных мужского пола, перенесших ИМ могут рассматриваться в качестве самостоятельного фактора риска в плане ухудшения как психологического, так и соматического состояния.

Целью исследования было создание и апробирование психокоррекционной программы.

Обследовано 160 мужчин в возрасте 25-65 лет на этапе реабилитации после ИМ: основная группа-130 чел., контрольная-30 чел.

У всех пациентов выявлены следующие характеристики сексуальности: высокая значимость сексуальных отношений (69,2%); снижение удовлетворенности собой, как представителем пола (53,8%); высокий уровень значимости возможности возобновить и поддерживать стабильные сексуальные отношения после ИМ (76,9%); страх, связанный с возобновлением сексуальной активности после заболевания (16,2%).

По результатам методики «Половой дифференциал», было выявлено, что у 75,4% обследованных основной группы преобладает маскулинная половая идентификация, у 24,6% – фемининная.

Пациентам основной группы сексуальные отношения были важны и являлись значимой сферой жиз-

ни независимо ни от возраста, ни от семейного статуса. Среди них 50% больных отмечали, что после ИМ не удовлетворены собой, как представителем пола. После прохождения реабилитационной программы этот показатель составил 0%, кроме того была достигнута дезактуализация кардиофобических расстройств и ложных установок в отношении возвращения к сексуальной активности после ИМ.

Уровень депрессии и уровень тревоги у представителей основной группы после прохождения психокоррекционной программы достоверно снизились; в контрольной группе достоверных изменений показателей депрессии и тревоги не произошло.

Дополнение традиционной реабилитационной программы занятиями по оптимизации восстановления половой активности пациентов после ИМ, способствовало достоверному увеличению количества лиц с гармоничным типом отношения к болезни ($p < 0,001$).

Результаты апробации разработанной программы позволяют рекомендовать ее для применения в реабилитационной кардиологической практике.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Амбарцумов Л.В.

*Городской психоневрологический диспансер №1
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Многочисленные исследования проблемы повторных общественно опасных действий (ООД) психически больных подтверждают положение о том, что единственной реальной мерой продления эффекта принудительного лечения является дифференцированная внебольничная курация этого контингента пациентов (Мальцева М. М., Котов В. П., 1982-2003; Дмитриев А. С., 2001; Финзен А., 2001).

Цель. Изучение причин, способствующих совершению ООД и суицидо опасных действий, и факторов, препятствующих лечебно-реабилитационному процессу в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Было проанализированы социально-демографические, криминологические и клинические данные 24 лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших те или иные ООД и аутоагрессивные действия, взятых в 2014 году на спецучет ГПНД №1 как «социально опасных».

Результаты. В остальных 21 случаях ООД (87,5%) были совершены лицами, которые наблюдались ранее в диспансере. В основном это преступления против личности (33%), имущественные деликты (12%) и аутоагрессивные действия (18%). В 3 случаях (12,5%) деяния являлись проявлением аутоагрессии и были совершены лицами, не состоящими на учете, как следствие воздей-

твия ситуационно неблагоприятных факторов. Из них в 71% случаях это лица с неблагоприятной социально-бытовой адаптацией, либо столкнувшиеся с ситуационно неблагоприятными факторами, способствующих общественно опасному поведению либо приведших к суицидоопасным действиям. При этом в выписках из истории болезни не давалась полная информация о факторах, способствующих совершению ООД и аутоагрессии, не указывалась социально-бытовая обстановка, рекомендации по предотвращению повторных ООД.

Выводы. Для нацеливания амбулаторного звена на проведение конкретных мероприятий, снижающих общественную опасность и улучшения преемственности между различными звеньями психиатрической службы необходимо включение в выписку из истории болезни формулы общественной опасности, содержащей необходимые сведения: ведущий синдром; тип течения заболевания; психопатологический механизм, характер и кратность ООД; личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению; проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия; рекомендуемые меры по предотвращению ООД.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аршинова В.В., Смирновская М.С.

*Московский научно-практический центр наркологии
Департамент здравоохранения города Москвы
Москва*

По данным ВОЗ, здоровье человека и продолжительность его жизни только на 10% определяются состоянием здравоохранения и качеством оказываемой медицинской помощи, на 10% связаны с генетическими факторами, на 20% – с состоянием внешней среды и природно-климатическими факторами. Максимальное влияние на здоровье человека – до 60% – оказывает стиль его жизни, приверженность здоровому образу жизни или, наоборот, наличие деструктивных саморазрушающих форм поведения. Причины и условия, снижающие вероятность у индивида или группы лиц стать потребителем ПАВ, называются факторами защиты и составляют пути формирования здорового образа жизни. С позиции медицинской профилактики наркологических заболеваний здоровый образ жизни (ЗОЖ) предполагает активное неприятие и/или отказ от потребления табака и наркотиков, злоупотребления алкоголем, а также рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности, предотвращение развития опасного суицидального поведения.

Одной из целей формирования ЗОЖ является привлечение внимания к необходимости интенсификации межсекторальных профилактических действий и ук-

репления здравоохранения на мировом и национальном уровнях. Определена задача формирования ЗОЖ, которая направлена на продвижение многосекторальных действий, нацеленных на уменьшение подверженности отдельных людей и групп населения распространенным поддающимся изменению факторам риска НИЗ с одновременным расширением возможностей отдельных людей и групп населения выбирать здоровые альтернативы и вести образ жизни, способствующий укреплению здоровья.

Специалисты наркологической службы сталкиваются с различными проблемами формирования ЗОЖ, касающиеся профилактики употребления ПАВ: при реализации государственной политики, предотвращающей наркологические заболевания и способствующей формированию среди населения ЗОЖ; в процессе формирования ЗОЖ у граждан, начиная с детского возраста; создание условий соблюдения гигиенических нормативов и регламентов, обеспечивающих безопасность на производстве, связанного с высоким риском для жизни, дорожно-транспортной сфере, при ношении оружия; в раннем выявлении «группы риска» развития наркологических заболеваний посредством проведения предварительных (при поступлении на работу) и профилактических осмотров; при проведении диспансерного наблюдения и психокоррекции лиц «группы риска»; в процессе обучения профилактируемых лиц «группы риска», а также представителей администраций и работников организаций (предприятий), основам медицинских знаний, способам сохранения здоровья на рабочем месте.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан.*

Цель исследования: изучить конституционально-личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и их влияние на формирование поведенческих нарушений для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы исследования: были обследованы 16 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждение: в зависимости от преобладания тех или иных симптомов депрессии обследованные подростки были разделены на три группы:

с дисфорической депрессией – 43,8% (n=7), тревожной депрессией – 31,2% (n=5), маскированной депрессией 25% (n=3). В зависимости от типа личности пациентам были присущи такие черты как склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности социальных контактов, импульсивность, раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, внутренняя напряженность, тревога, двигательное беспокойство, неуверенность, стремление к постоянной перемене места. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддитивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков.

По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессия тяжелой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у подростков психоастенического типа, у которых чаще всего отмечалась склонность к самоповреждению и аутоагрессии. Легкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациентов с демонстративным типом личности, поведенческие нарушения у которых проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением.

Вывод: выделение типов депрессивного поведения с учётом конституционально-личностных особенностей позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового периода, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан*

Нервная анорексия – патология, развивающаяся преимущественно у девочек-подростков пубертатного периода, которая характеризуется сознательным ограничением в еде или отказом от нее в связи с идеями о мнимой или резко переоцениваемой избыточной массой тела, что сопровождается развитием тяжелых вторичных соматоэндокринных нарушений, вплоть до глубокой кахексии с возможным летальным исходом.

Цель исследования: исследовать особенности психоэмоциональных расстройств на различных этапах нервной анорексии.

Материалы и методы исследования: было обследовано 12 пациенток с нервной анорексией в возрасте 14-15 лет. Для исследования эмоциональной патологии использовались шкала Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты и обсуждение: в динамике нервной анорексии ведущее место занимает патология эмоциональной сферы. Клиника психоэмоциональных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести нервной анорексии. На инициальном этапе у 10 больных (83%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, снижение работоспособности. В 75 % случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения, с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и формированием отрицательного отношения к близким (36%), эпизодами немотивированной агрессии (55%), страхами (16%). На фоне выраженных депрессивных расстройств в 23% случаев возникали суицидальные мысли, в 3% случаев была совершена суицидальная попытка. На этапе кахексии повышалась раздражительность у 80% больных, нарастала вялость в 55% случаев, безразличие у 60% больных, что свидетельствовало об усилении аффективных расстройств. Дистимия отмечалась в 100% случаев. На этапе редукции вновь происходило обострение аффективных расстройств.

Выводы. Психоэмоциональные расстройства выявляются у 90% больных и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

¹Ббенин А.А., ²Ретюнский К.Ю.

*¹ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая
психиатрическая больница*

*²ГБОУ ВПО Уральский государственный
медицинский университет Минздрава России
Екатеринбург*

Современное представление о патогенезе неорганического энкопреза в детском возрасте связано с успехами междисциплинарного подхода к исследованию данной проблемы. Многолетнее применение в Центре психического здоровья детей и подростков Свердловской областной клинической психиатрической больницы клинического, нейропсихологического, компьютерных диагностических электрофизиологических (КЭЭГ) и нейровизуализационных (УЗДГ) методов, позволило установить, что неорганический энкопрез представляет собой сложную динамическую патологическую систему с вовлечением корково-подкорковых структур, обуславливающих нарушения межполушарных взаимодействий. Основным движущим механизмом патогенеза энкопреза является эпилептизация мозга. Генетические факторы

выступают в роли самостоятельного фактора, либо облегчают фенотипирование клинического признака при дополнительном воздействии патогенных факторов раннего периода онтогенеза.

На основании созданной модели патогенеза были сформулированы принципы психофармакотерапии неорганического энкопреза. При этом учитывались научные положения о терапии эпилепсии и органических заболеваний головного мозга, разработанные ведущими отечественными исследователями.

1. Раннее вмешательство «у истоков заболевания»

Высокая эффективность лечебного воздействия обусловлена отсутствием стабильных патологических внутримозговых связей и вторичных невротических нарушений. Промедление с лечением приводит к стабилизации хронического течения энкопреза за счет укрепления патологических внутримозговых связей, приводящих к повышенной резистентности к терапии. При отсутствии своевременной терапии в пубертатном периоде происходит формирование вторичных невротических нарушений, ограничивающих естественное стремление подростка к развитию и самосовершенствованию.

2. Патогенетическая обоснованность и комплексность терапии

Комплексная патогенетическая психофармакотерапия, направленная на восстановление функциональной недостаточности структур головного мозга, включает ноотропные, сосудистые, дегидратационные, рассасывающие средства. Важным звеном терапии являются антиконвульсанты карбамазепинового ряда и производные вальпроевой кислоты. Влияние на ключевые механизмы патогенеза обеспечивает редукцию как энкопреза, так и соболезненных нервно-психических нарушений психоорганического круга. Обязательным следует признать лечение сопутствующей соматической патологии. Хронические инфекции, соматические заболевания, ослабляя защитные силы организма, препятствуют компенсаторным процессам.

3. Индивидуализация лекарственных средств и их дозировок

Подбор лекарственных препаратов и определение индивидуальных дозировок является одной из самых тяжелых задач, зависящих от ряда факторов, таких как возраст, физиологические особенности пациента, токсичность препаратов и их побочные действия, характер течения и степень выраженности энкопреза и коморбидных к нему нервно-психических нарушений.

4. Непрерывность и длительность терапии

Непрерывность и длительность терапии является неотъемлемой задачей лечебного процесса, так как эффективность терапии энкопреза и соболезненных ему нервно-психических нарушений в значительной мере определяется репарационной способностью функциональных систем головного мозга. Сроки выздоровления при адекватно подобранной терапии определяются распространенностью и степенью выраженности поврежде-

ния мозговых полей. Так, курсовая противоорганическая терапия должна осуществляться на протяжении не менее 3,5-5 лет, даже в тех случаях, когда клинически выявляется ремиссия.

Эффективность терапии энкопреза связана с восстановлением функционального состояния структур головного мозга, отвечающих за акт дефекации. При адекватно подобранной терапии сроки выздоровления зависят от степени выраженности, распространенности поражения нейронных полей. Курсовая медикаментозная терапия противоорганическими средствами должна осуществляться на протяжении не менее 3-4-х лет, несмотря на наступление ремиссии «моносимптомных» нарушений. Непрерывность и длительность терапии обуславливают отсутствие рецидивов. В течение года проводят четыре месячных курса лечения с одновременным использованием препаратов с различной направленностью фармакологического воздействия. Воздействие на «ключевые» механизмы патогенеза обеспечивает достижение комплексного эффекта. Антиконвульсанты применяют непрерывно на протяжении 2-3-х лет.

Кроме того, существуют дополнительные способы оптимизации терапии. К ним, в первую очередь, следует отнести нейропсихологическую коррекцию. В настоящем исследовании, при неорганическом энкопрезе и соболезненных ему психических нарушениях, была использована «Комплексная методика психомоторной коррекции» А.В. Семенович.

Методика опирается на идею «замещающего развития». В ней используются адаптированные к детскому возрасту телесноориентированные, этологические, театральные и психотехнические приемы.

При наличии вторичных невротических нарушений у подростков с энкопрезом обязательным условием комплексной реабилитационной работы являются психотерапия и психологическая коррекция. Групповые и индивидуальные методы, семейная терапия служит гармонизации нарушенной системы организации личности.

Как показал клинический опыт, использование комплексного патогенетического подхода к энкопрезу позволило добиться высоких результатов. При энкопрезе с затяжным неблагоприятным течением полного излечения удалось добиться в 75% случаев, значительного улучшения в 14,6%, незначительного улучшения, либо полного отсутствия положительной динамики – в 10,4% случаев. Катамнез в течение 2-3-х лет удалось проследить в 42,7% (41 случай). Количество рецидивов составило в 48 и 26% от всех случаев. Важнейшее значение в комплексной патогенетической терапии энкопреза приобретает проблема комплайнса. Данный реабилитационный подход при лечении энкопреза с большим успехом может осуществляться не только в специализированных стационарных отделениях. Полипрофессиональные бригады наиболее эффективны в условиях школьных медико-психолого-педагогических центров. Организация подобной формы работы является целесообразной и экономически выгодной.

О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Безгодова А.А., Злоказова М.В.

*Кировская государственная медицинская академия
Киров*

Появление ребенка с расстройствами аутистического спектра (РАС) полностью меняет систему взаимоотношений в семье, что приводит к различным психическим и психосоматическим расстройствам у матерей и близких родственников (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2007).

В результате исследования психологических характеристик матерей и близких родственников, воспитывающих детей с РАС в г. Кирове и Кировской области, было выявлено значительное неблагополучие эмоциональной сферы: высокий уровень реактивной и личностной тревожности, депрессивности, а также социальной фрустрированности (Безгодова А.А., Злоказова М.В., 2015). Для терапии выявленных расстройств и предупреждения их дальнейшего развития необходимо проведение полипрофессиональной реабилитации не только пациентов с РАС, но и членов их семей, особенно матерей с обязательным проведением индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Сопровождение семьи должно осуществляться на протяжении длительного периода времени, десятилетиями.

В г. Кирове и Кировской области организацией системы психолого-педагогической и социальной помощи семьям, где есть дети с РАС, занимается Региональная общественная организация родителей детей-инвалидов «Дорогою добра». При этом психологи проводят поведенческую терапию, целью которой является отработка с ребёнком бытовых и социальных навыков. Родителей обучают последовательному формированию у ребенка с РАС необходимых паттернов поведения (преодоление агрессии, отработка навыков гигиены, приема пищи и др.) согласно индивидуальной программы действий, проводится консультирование родителей по проблемам воспитания, взаимоотношений в семье, терапия родителей. Реабилитация всей семьи осуществляется также за счет организации домашнего режима, чередования работы и отдыха, холдинг-терапии. Кроме того проводятся группы для матерей и близких родственников детей с РАС.

Благодаря **семейно-центрированному подходу** учитываются не только особенности ребенка, но и всей семьи в целом. Родители вовлечены в обследование и развитие ребенка, вместе со специалистами планируют программу обучения и участвуют в ее реализации, что позитивно влияет на микроклимат семьи и способствует ее реабилитации.

Таким образом, проведение реабилитации с детьми с РАС и их близкими с применением различных форм психотерапии дает положительные результаты. Однако

в настоящее время данная помощь оказывается лишь небольшому количеству нуждающихся и финансирование осуществляется в основном счет за благотворительных организаций. Необходима организация полипрофессиональной реабилитации данному контингенту с акцентом на психотерапию в условиях психиатрической и психотерапевтической службы с активным взаимодействием с общественными организациями.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ГОСПИТАЛИЗМА

Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт – Петербург*

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей структуры личности пожилых пациентов с психическими расстройствами, обнаруживавших признаки госпитализма. Были обследованы 122 пациента отделения гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева в возрасте от 55 до 91 года (средний возраст составил $67,37 \pm 7,8$ лет). 59 пациентов с признаками госпитализма вошли в состав основной группы, 63 обследованных составили контрольную группу. Группы достоверно не различались по полу, возрасту, основному и сопутствующему диагнозу, тяжести состояния как при поступлении, так и на момент обследования. Обследование больных проводилось однократно на этапе подготовки пациента к выписке в форме структурированного интервью, дополненного психологическими методиками «Большая пятерка» и «Я-структурный тест Аммона».

Структура личности пациентов, исследованная при помощи методики «Большая пятерка» достоверно различалась по фактору самоконтроль – импульсивность ($p < 0,05$). Пациенты, страдающие госпитализмом, отличались низким самоконтролем поведения ($56,1 \pm 7,7$ в основной группе и $60,4 \pm 7,1$ в контрольной), им было свойственно меньше проявлять в своей жизни волевые качества, не проявляя настойчивости в достижении цели. Данные качества менее востребованы в специфической структурированной среде стационара, чем вне его, что может способствовать развитию госпитализма.

В терминах психодинамической модели личности пациенты с признаками госпитализма характеризовались достоверно более высокими баллами по шкале деструктивного внутреннего Я – отграничения ($4,67 \pm 2,5$ в основной группе и $3,38 \pm 2,3$ в контрольной, $p < 0,05$), что свидетельствует о наличии у этих больных ригидно фиксированного барьера, отделяющего центр осознаваемых переживаний от остальных интрапсихических структур, что может проявляться диссоциацией сознательного и бессознательного, дисбалансом мыслей, эмоций и действий, жесткостью используемых механизмов защиты,

отделяющих эмоциональные компоненты впечатлений и проецирующих их во внешний мир. Кроме этого пациенты основной группы отличались преобладанием деструктивных и дефицитарных аспектов нарциссизма над конструктивными.

Таким образом, проведенное исследование позволяет предполагать, что определенные особенности структуры личности могут являться фактором, способствующим развитию госпитализма у пожилых пациентов с психическими расстройствами.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОДСТВЕННИКОВ ЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ

Бисалиев Р.В.

*НОУ ДПО «Институт Усовершенствования ИНСАЙТ»
Казань*

Аддикция не протекает изолированно. В проблемы больного оказываются вовлеченными их ближайшие родственники. Феномен сосуществования родственника с химически зависимым больным рассматривается в рамках концепции созависимости. Нами не отрицается данный феномен, потому как характер межличностных отношений в диаде «родственник-больной» проходит «красной нитью» на протяжении длительного периода функционирования семейной системы. Однако интерпретация проявлений и предложенные критерии созависимости отражают лишь психологическую сторону этого сосуществования, что значительно затрудняет клиническую квалификацию наблюдаемых расстройств у родственников. Вероятно, устоявшееся в и практике восприятие феномена созависимости как психологического, формирует некоторую недооценку все тяжести пролонгированного действия семейной психотравмы на родственников зависимых больных.

У родственников наркологических больных преобладают пограничные психические расстройства. Пролонгированность и тяжесть психотравмирующей ситуации обуславливает актуализацию у них суицидальное поведение. По нашим данным, суицидальное поведение у матерей и жен больных фиксируется у 30% и более, что подчеркивает важность разработки профилактических и реабилитационных программ у родственников зависимых больных.

Заслуживают внимания вопросы качества жизни близкого окружения зависимых больных. Ощущение бесперспективности, безысходности, а также негативное отношение общества к зависимым больным, формирует у их родственников социальную дезадаптацию, изоляцию, нарушения в семейных отношениях. Другими словами, у родственников просматриваются аналогичные больным медицинские и социальные последствия созависимости.

Работа с родственниками зависимых пациентов Клиники «ИНСАЙТ» является одной из приоритетной

составляющей лечебно-реабилитационного процесса. Совместно с НОУ ДПО «Институт Усовершенствования ИНСАЙТ» разрабатываются принципиально новые модели терапевтического вмешательства с родственниками с созависимым поведением.

Авторами была предпринята попытка обратить внимание специалистов на проблему психического здоровья родственников зависимых членов семьи. Так как при общем понимании всей сложности и многогранности проблемы, ее очевидности, необходимости восприятия наркологической патологии в тесной связи с семьей, социальной значимости работ в этом направлении не ведутся.

КАК ОСТАНОВИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Ярославцева Т.С.

*ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург*

Считается, что на долю полового пути передачи вируса приходится 86 % всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Одним из факторов, провоцирующих половое поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования, является злоупотребление алкоголем. Целью настоящего исследования было изучение эффективности работы программы профилактики рискованного поведения, связанного с распространением заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) и ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

В исследовании приняло участие 700 ВИЧ-инфицированных пациентов с рискованным уровнем потребления алкоголя по критериям ВОЗ. Все больные были рандомизированы в одну из двух исследуемых групп: группу интервенций, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции и формирование здоровых взаимоотношений, или в контрольную группу. Пациентам, интервенционной группы было предложено пройти 3 групповые сессии (2.5 часа) и две часовые индивидуальные сессии в течение 5-10 дней. Сессии контрольной группы проходили в аналогичном режиме, но содержали общую информацию о здоровом образе жизни. В качестве основных переменных были выбраны: поведение, связанное с повышенным риском передачи ВИЧ-инфекции (половым и инъекционным путем) и наличие ЗППП.

Средний возраст пациентов составил 30.1 лет, 59.3% участников были мужчины. 60.4% испытуемых являлись потребителями инъекционных наркотиков, у 64.1% была диагностирована алкогольная зависимость, ЗППП встречались у 15.4% человек. Через 12 месяцев после включения в исследование ЗППП были выявлены у 20 (8.1%) участников интервенционной группы и 28

(12.0%) пациентов контрольной группы (95% CI=0.34-1.18; P=0.15). В обеих группах наблюдалось снижение поведения, связанного с риском передачи инфекции половым и инъекционным путем, однако достоверных межгрупповых различий не обнаружено.

Поведение, связанное с риском передачи ВИЧ-инфекции и частота ЗППП снижались у всех больных независимо от группы рандомизации, что свидетельствует об отсутствии эффекта от профилактической интервенции. Тем не менее, положительная динамика основных переменных при отсутствии значимых межгрупповых различий позволяет предположить большее влияние выбранного режима встреч с участниками, нежели их содержания.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ «ВЫГОРАНИЯ» У РОДСТВЕННИКОВ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Бочаров В.В., Шишкова А.М.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Термин «синдром выгорания» традиционно рассматривается для описания расстройств, возникающих в результате перегрузок, обусловленных профессиональной деятельностью в сфере человек-человек. Вместе с тем, применение концепции «выгорания» в более широком контексте межличностных отношений открывает новые возможности для изучения и понимания отношений, возникающих в семье хронически больного, где родственники, осуществляющие заботу о нем, рассматриваются как субъекты, реализующие деятельность, направленную на удовлетворение потребностей своего нуждающегося в опеке близкого. В ситуации хронической болезни члена семьи родственники подчас сталкиваются со значительными трудностями на пути достижения целей, связанных с поддержанием его здоровья. Например, организация соответствующего медицинского ухода, приема лекарств и своевременной госпитализации больного может осложняться как отсутствием необходимых материальных ресурсов семьи, так и быть затруднительной в силу нежелания больного лечиться.

Рассмотрение отношений в семье хронически больного с позиций концепции «выгорания» представляется чрезвычайно важным, поскольку позволяет объяснить механизмы формирования многих явлений, разворачивающихся в сфере взаимодействия пациента с близкими и связанных с неэффективностью и блокадой усилий родственников больного по изменению актуальной жизненной ситуации. Среди таких явлений, следует отметить часто выявляемое у родственников хронически больных снижение интереса к деятельности, ощущение собственной бесполезности и беспомощности, разочарование в методах лечения и самом больном, снижение жизненной энергии, наличие психосоматических нарушений.

В этой связи, неизбежно возникает вопрос о факторах, влияющих на процесс «выгорания», учет которых позволит прогнозировать развитие хронического стресса, обусловленного болезнью члена семьи в «синдром выгорания» у опекающих его близких. Многолетние исследования С. Maslach позволили выделить 6 условий состояния профессиональной деятельности, связанных с формированием профессионального «выгорания». С нашей точки зрения, в контексте взаимодействия хронически больного с опекающими его родственниками имеет место действие тех же условий (факторов риска). Среди таких условий, способствующих развитию «выгорания» у опекающих больного родственников, в первую очередь, необходимо указать следующие: перегруженность обязанностями (чрезмерное количество обязанностей по уходу за больным, сочетающееся с недостаточностью ресурсов); невозможность контроля, сочетающаяся со значительной долей ответственности (отсутствие возможности влиять на ситуацию, в связи с прогрессированием болезни и/или неэффективностью лечения); отсутствие вознаграждения за собственный труд (неудовлетворенность, отсутствие признания со стороны окружающих); нарушенные взаимоотношения с окружающими (конфликты, изоляция, неуважительные отношения в семье, стигматизация); конфликт ценностей (противоречия между личностными ценностями и выполняемой деятельностью, ощущение отсутствия смысла выполняемой деятельности).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Брюн Е.А.

*Московский научно-практический центр наркологии
Департамент здравоохранения города Москвы
Москва*

Наркологическая помощь в России осуществляется в соответствии с реализацией государственной политики, касающейся проблем распространенности употребления алкоголя и наркотиков. Реализация государственной политики направлена на: снижение объемов потребления населением ПАВ, улучшение демографической ситуации в стране, увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, создание единой профилактической среды, основными компонентами которой являются здоровый образ жизни и широкие профилактические мероприятия.

Для решения поставленных задач необходимо осуществление мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактики наркологических заболеваний. Главная проблема наркологии – отсутствие стандартов профилактики.

Первичная профилактика наиболее массовая и ориентированная на все население. Она включает в себя следующие разделы:

Информирование о влиянии на здоровье употребления ПАВ дифференцированных групп населения через различные СМИ, с использованием интернет технологий.

Следующим разделом первичной профилактики является консультирование: семейное, медико-генетическое, мотивационное.

Большое внимание уделяется – раннему выявлению групп риска. С этой целью осуществляется: тестирование учащихся, медико-генетическое консультирование, медицинские осмотры, освидетельствования и экспертиза: водителей, лиц профессий, связанных с риском, а также мигрантов.

Результативность первичной профилактики зависит от внутриведомственного и межведомственного взаимодействия с различными организациями, имеющими отношение к решению данной проблемы.

Вторичная профилактика, ориентированна на лиц, эпизодически употребляющих алкоголь или другие ПАВ, либо имеющих признаки формирующейся зависимости. Она включает: информирование граждан о системе наркологической помощи и медико-социальной реабилитации; формирование у граждан мотивации к обращению за наркологической помощью; предупреждение формирования заболевания у лиц, имеющих эпизоды злоупотребления ПАВ; предупреждение формирования заболевания у лиц, входящих в группу риска.

Третичная профилактика охватывает лечение и реабилитацию наркологических больных. В основе ее лежит совершенствование организации наркологической помощи населению; оказание наркологической помощи в муниципальных образованиях и сельскому населению; разработка критериев оценки эффективности деятельности наркологической службы и обеспечение мониторинга по организации качества работы всех её этапов; оптимизация нагрузки на врача, новые материальные стимулы оценки его работы.

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ КАК МЕТОД РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Бурина Е.А., Грандилевская И.В.

*Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург*

Демографическая ситуация в России, в немалой степени связана с социологическими и психологическими характеристиками, ценностными ориентациями и предпочтениями современных подростков. От уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация поставленных целей, в том числе освоение профессии, социальное развитие, создание семьи и рождение детей. Во многих исследованиях отмечаются трудности подросткового возраста, проявляющиеся в

стремлении к повторению паттернов поведения взрослых, выражающихся, в том числе в злоупотреблении алкоголем и табакокурением. У части подростков и молодежи подобное поведение со временем перерастает в зависимость. Эти молодые люди в дальнейшем нуждаются в психологической помощи, консультировании и психотерапии.

Кроме алкоголя и табакокурения, современная молодежь находится в эпицентре глобальной эпидемии ВИЧ. Сложившаяся система медицинского обслуживания подростков не в полной мере учитывает текущую ситуацию: сексуальную активность подростков и связанные с ней проблемы – рисковое поведение, инфекции, передаваемые половым путем, а также снижение уровня репродуктивного здоровья, незапланированные беременности и аборт. Вышеупомянутые факторы свидетельствуют о том, что многие вопросы формирования поведения в отношении здоровья требуют разработки различных программ профилактики.

Для реализации программ профилактики, а также оказания психологической помощи подросткам, попадающим в группу риска или находящимся в нем, используются различные практические методы. Одним из наиболее эффективных является мотивационное интервьюирование – сопереживающий, ориентированный на проблемы клиента метод психологического консультирования, направленный на повышение готовности к перемене образа жизни. Основные принципы мотивационного интервьюирования: акцентирование ответственности клиента за изменения; предоставление клиенту возможности выбрать цель и способы изменений; безоценочный и сопереживающий стиль взаимодействия; поддержание уверенности клиента в возможности изменить поведение.

Данный метод может успешно применяться как самостоятельно, так и в качестве иницилирующего метода для дальнейшей работы с целью создания мотивации к последующей более серьезной и глубокой психологической проработке проблем клиента в области здоровьесберегающего поведения, в частности психологическому консультированию и/или психотерапии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ И ХОСПИСЕ

**Вагайцева М.В., Чулкова В.А.,
Леоненкова С.А., Семиглазова Т.Ю.**

*ГКУЗ «Хоспис №1»,
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ
Санкт-Петербург*

Роль психологического сопровождения людей, столкнувшихся с ситуацией онкологического заболевания, сегодня признают онкологи во всем мире. Особую значимость приобретает психологическое сопровождение инкурабельных больных, их родственников, а также

медицинских работников, сталкивающихся с паллиативной и терминальной стадиями заболевания. В связи с этим в состав мультидисциплинарной команды в хосписах и паллиативных отделениях больниц включены медицинские психологи.

Традиционно в ГКУЗ «Хоспис №1», в Лахте работает 2-3 штатных специалиста в области психологии. В результате этой работы сформирована программа психологической подготовки и сопровождения специалистов, работающих в паллиативной медицине. Программа основана на современных теоретических подходах, принятых в медицинской психологии, в ней обобщен опыт работы отечественных психологов (в частности, медицинских психологов, работающих в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ), который сопоставлен с мировым опытом работы специалистов в паллиативной медицине, а также использованы результаты практической работы психологов в Хосписе №1.

Целью консультирования в онкопсихологии является адаптация пациента к изменениям в жизни, связанными с тяжелым заболеванием. Иначе говоря, переживание травматической ситуации болезни, создание возможности жить в условиях болезни, поиск внешних и внутренних ресурсов. Задачами онкопсихолога в хосписе являются снижение психоэмоционального напряжения пациента, что приводит к снижению остроты переживаний, диагностика коморбидных расстройств, поддержка близких пациента, профилактика вторичной травматизации сотрудников медицинского учреждения. Формы работы основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Общим для онкологических пациентов на разных стадиях заболевания является осознание возможной близости собственной смерти. Одним из существенных элементов подготовки онкопсихолога для работы в хосписе является проработка его собственного отношения к смерти, а также формирование у него гуманистического отношения к больным, выработка устойчивых навыков неагрессивного и необвинительного поведения в конфликтной ситуации.

Целью психологической коррекции в хосписе становится поддержание или усиление чувства осмысленности, несмотря на наличие терминального заболевания. В этой работе, как ни в какой другой, уместен экзистенциальный подход. Сотрудники хосписов отмечают особую искренность и доверие в отношениях с пациентами. А общение с человеком, являющимся зрелой личностью, по-настоящему принимающим неизбежность собственного ухода из жизни, может стать самым ценным опытом в работе для личности самого психолога.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Валькова У.В., Круглых А.А.

*Московский научно-практический центр наркологии
Департамент здравоохранения города Москвы
Москва*

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем ПАВ, называются факторами риска употребления ПАВ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем ПАВ, называются факторами защиты – протективными факторами.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения разработана классификация факторов риска. Индивидуально-психологические факторы риска, по МКБ-10. Психологические проблемы саморегуляции, самоконтроля, самооценки, самоуважения, рефлексии из-за неадекватного восприятия социальной поддержки и/или подчиненности среде. Макросоциальные факторы риска: доступность табака, алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, ухудшение социально – экономической ситуации в регионе. Микросоциальные факторы риска: семейные – злоупотребление членами семьи психотропными веществами, несоблюдение социальных норм и правил, конфликты, проблемы в семье и образовательном учреждении. Всемирная организация здравоохранения в противоположность факторам риска выделяет и факторы защиты, располагая их по тем же уровням: биофизиологические, индивидуально–психологические, индивидуально–психологические, макросоциальные, микросоциальные.

Наиболее значимыми факторами защиты от аддикций, на которые направлено профилактическое вмешательство, являются: благополучное социальное окружение; наличие семьи, семейная стабильность и сплоченность, воспитание и теплые, близкие, уважительные отношения с членами семьи; достаточный уровень жизни, доступность служб социальной помощи; мотивация на здоровый образ жизни; наличие защитных факторов здорового и социально-эффективного поведения: устойчивость к стрессу, физическое и психическое благополучие; адекватная самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение; вовлеченность в общественную жизнь, участие и организация программ досуга, альтернативных потреблению ПАВ.

В различные периоды жизни факторы риска и защиты действуют не однозначно. Это определяет методы профилактического вмешательства, направленные на возрастные и социальные особенности индивида или группы лиц, а также обеспечивает условия для формирования и поддержки у населения защитных факторов от наркологических заболеваний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Ваулин С.В., Уласень Т.В., Фомина Н.Ю.

*Смоленский государственный медицинский университет
Смоленская областная клиническая психиатрическая больница
Смоленск*

Современные условия и темп жизни, как отмечают исследователи, привели к заметному снижению уровня стрессовой устойчивости человека. Это связано с обилием поступающей информации (преимущественно негативной), касающейся разных сторон жизни; высоким уровнем квалификационных профессиональных требований; постоянной конкуренцией; заметным снижением времени на отдых и восстановление сил и т.д. Безусловно, для клиницистов наибольшее значение имеет оценка имеющихся в жизни пациентов «критических или конфликтных ситуаций», вызывающих общий дистресс и сопровождающихся нарушением как психологической и социальной адаптации, так и нарушением соматического функционирования.

Как следует из определения, стрессовые события, вызывающие расстройство адаптации – это события, не достигающие количественных и качественных характеристик чрезвычайного стресса, но вызывающие необходимость психологической адаптации. Наиболее часто пациенты, находящиеся на стационарном лечении в отделении пограничных состояний, в качестве причин плохого самочувствия указывают на интерперсональные противоречия (в большинстве случаев супружеские конфликты). Также актуальными стрессогенными факторами являются развод, переезд, потери близких, проблемы на работе, тяжелые заболевания. Важной характеристикой для оценки психогении является гендерная составляющая. Так, по нашим данным, женщины более болезненно реагируют на стрессовые события в личной жизни, а для мужчин значимыми дезадаптирующими факторами оказываются профессиональные неудачи. Сложность пограничных состояний заключается в том, что грань между «нормальным» и патологическим ответом на стресс часто весьма размыта, и человеку трудно понять, когда необходимо обратиться за профессиональной помощью. До настоящего времени среди населения сохраняются предубеждения в отношении обращения за психотерапевтической, а тем более психиатрической помощью.

В настоящее время расстройства адаптации рассматривают с позиций биопсихо-социального подхода: врожденные особенности, личностная организация, уязвимость к стрессам, межличностные отношения, культуральные и общественные нормы, ценностные ориентации. Особенно патогенным является стресс во время периодов гормональной и психофизиологической перестройки (пубертат, начало половой жизни, беременность и роды, аборт, климактерический период, менопауза).

Согласно проведенному анализу поступлений в отделение пограничных состояний количество пациентов с расстройствами адаптации увеличивается из года в год. Так, в 2012 году было пролечено 19 человек, в 2013 году – 20 человек, в 2014 году – 34 человека. На протяжении указанных периодов – преобладающее большинство женщины (80%) в возрасте от 20 до 60 лет.

Нами выявлена следующая структура психотравмирующих факторов, ранжированная по степени их значимости: на первом месте – разводы, расставания с любимыми людьми, «измены близких». Далее по значимости – потеря работы; различные стрессовые ситуации на работе («профессиональный стресс»); серьезные заболевания и перенесенные в связи с ними различные манипуляции (оперативные вмешательства, химио- и лучевая терапия и т.п.). Следует особо подчеркнуть, что тяжесть психопатологических проявлений сугубо индивидуальна и специфична и является отражением сочетанного воздействия биопсихосоциальных факторов.

По нашим данным, в отделении пограничных состояний Смоленской областной клинической психиатрической больницы в 2014 году с диагнозом «расстройство адаптации» проходили лечение 34 пациента. Из них у 20 человек, в рамках этого заболевания, диагностирована «смешанная тревожно-депрессивная реакция», у 7 пациентов – «продолжительная депрессивная реакция», у 3 больных – «кратковременная депрессивная реакция», у 4-х выявлено «смешанное расстройство эмоций и поведения».

Во всех представленных клинических случаях, независимо от генеза психологической травмы, в рамках проводимого психотерапевтического сопровождения пациентов были использованы методы психотерапии, направленные на преодоление последствий стресса, нормализацию общего состояния, формирование позитивного настроя на выздоровление. Нами проводились рациональная психотерапия, методы десенсибилизации, релаксации, переработки психотравмирующей ситуации (ДПДГ), методики НЛП для ослабления эмоциональной зависимости, методика повышения «уверенности в себе», аутогенная тренировка по Шульцу, телесно-ориентированная психотерапия, когнитивно-поведенческая и гештальт-терапия. При отсутствии положительной динамики в состоянии, назначались лекарственные препараты в соответствии со стандартами, принятыми в лечебном учреждении (транквилизаторы в средних терапевтических дозах, антидепрессанты преимущественно группы СИОЗС, малые («поведенческие») нейрорептики, общеукрепляющая терапия). При этом «мишенями» выбора психотерапевтических методик становились преобладающие в клинической картине психопатологические симптомы и степень их выраженности, тяжесть соматического состояния, личностные особенности пациента.

По данным работы отделения нами была выделена некоторая дифференциация в зависимости от «симптома-мишени» и степени его выраженности. Так, при преобладании в клинической картине у пациентов длительных

тягостных воспоминаний, инсомнических нарушений в виде кошмарных сновидений, связанных с психотравмирующим событием, и отсутствием чувства отдыха при пробуждении; наличием легких и умеренно выраженных фобических реакций, основное внимание мы уделяли методу десенсибилизации и переработки психотравмирующей ситуации движениями глаз (ДПДГ). Основа метода – наяву воспроизводится фаза так называемого «быстрого сна», во время которого происходит переработка информации в нервной системе. Это очень эффективный метод работы с психологическими травмами, т. к. используется существующий в психике человека естественный механизм переработки психотравм.

При превалировании в клинической картине тревожных и депрессивных проявлений наряду с техниками ДПДГ по уменьшению (или редукции) неприятных эмоциональных ощущений, в нашем отделении хорошо себя зарекомендовали психодинамические подходы психотерапии, релаксационные методики (эриксоновский гипноз, техника прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, техника переформирования неприятных ощущений в теле, аутогенная тренировка по Шульцу). В результате проведенной работы отмечено уменьшение тревоги, купирование болевых ощущений, мышечного и эмоционального напряжения и других дискомфортных проявлений, и как следствие – улучшение эмоционального состояния, повышение чувства уверенности в собственных силах, позитивного настроения на будущее с сохранением этого эффекта и поддержанием его во время последующих сеансов.

На всех этапах психотерапевтического сопровождения пациентов нами использовались методы когнитивно-поведенческой терапии, которые позволяли улучшать социальное функционирование пациентов в следствие замены его саморазрушающего поведения более конструктивным и продуктивным, уменьшить уровень напряженности и научиться справляться со стрессом. По мере уменьшения неприятных ощущений дополнительно вводились ресурсные методики.

Таким образом, раннее начало психотерапевтической работы и дифференцированная проработка «актуальных конфликтов» способствует более быстрому улучшению психического состояния пациентов с восстановлением их адаптационных возможностей (включая психологическую и социальную адаптацию) и сокращению времени их пребывания в стационаре.

МЕТОД ПИКТОГРАММ В ИССЛЕДОВАНИИ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Ваулин С.В., Уласень Т.В., Цыганок М.В.

*Смоленский государственный медицинский университет.
Смоленский областной психоневрологический клинический диспансер
Смоленск*

Метод пиктограмм, разработанный изначально для исследования опосредованного запоминания (Вы-

готский Л.С., Лурия А.Р.), широко применялся в патопсихологии для исследования нарушений мышления (Зейгарник Б.В., Рубинштейн С.Я., Блейхер В.М.). Данные этих исследований в настоящее время превратились в библиографическую редкость. Однако сама методика по-прежнему применяется в практике работы медицинских психологов и относится к методикам, максимально валидным, именно для диагностики шизофренического процесса. В современных отечественных патопсихологических исследованиях используется модификация методики пиктограмм, предложенная Б.Г. Херсонским. Для проведения исследования применяется набор из 16 понятий. При повторных исследованиях используется параллельный набор понятий. В протоколе записываются рассуждения больных, объясняющие связь между словом и рисунком, анализируются воспроизведенные пациентом соответствующие слова. По результатам выполнения задания судят об уровне процессов обобщения и абстрагирования.

Следует особо подчеркнуть, что процесс составления пиктограммы представляет собой деятельность, в которой слиты воедино мнестические, эмоционально-потребностные и содержательные компоненты мыслительного акта. В связи с этим, использование метода пиктограмм представляет собой, безусловно, значимый и надежный инструмент в диагностике структурных нарушений мышления, позволяя в некоторой степени спрогнозировать оценку социального функционирования пациента.

Выделенные количественные и качественные характеристики дают возможность стандартизировать как процедуру проведения исследования, так и интерпретацию полученных данных, тем самым, обеспечивая сопоставимость и надежность получаемых результатов. Полученные таким образом результаты оказываются полезными для индивидуальной нозологической диагностики.

Нами проведен клинико-психологический анализ качественной стороны интерпретации полученных данных от больных шизофренией.

Так, в ходе анализа образов по фактору абстрактности выявлены диаметрально противоположные особенности, которые, с одной стороны, можно представить как гиперконкретные образы, «особенно рабски связаны с реальностью», так и чрезмерно абстрактные.

Приведем несколько таких примеров, которые объединены нами в три группы:

1. Абстрактные, выхолощенные образы. К ним относятся пустые, бессодержательные, схематичные связи. Рисунок настолько теряет границу условности, что в нем, по существу, ничего не остается от запоминаемого слова.

Испытуемая П., 1995 года рождения, образование среднее специальное. При запоминании словосочетания «ядовитый вопрос» рисует волнистые линии, объясняя: «что-то нехорошее пытается проникнуть».

2. Конкретные выборы с символическим объяснением. При образовании указанных образов испытуемые оперировали конкретными образами, которые не отражали содержательную сторону данного понятия.

Испытуемый А., 1978 г.р. образование среднее специальное. На слово «разлука» рисует хвост ящерицы: «Хвост отваливается, происходит разделение, так и в разлуке один отделяется от другого».

3. Конкретные выборы образа, основанные на чувственном впечатлении.

Испытуемые при выборе образа для запоминания руководствуются чувственными впечатлениями, когда берется одна сторона понятия и слишком преувеличивается.

Испытуемый К., 1990 г.р. образование среднее специальное. Для запоминания словосочетания «мальчик трус» зачерняет штриховкой лист: «Такое состояние темное, хаотичное».

Следующим этапом нашей работы был анализ образов по фактору индивидуальной значимости. Пиктограммы, стимулирующие свободный выбор образа для запоминания, несут в определенной степени проективный характер и отражают личные интересы, устремления, опасения испытуемых, особенно при задании запомнить эмоционально значимые слова (счастье, болезнь, любовь). У больных шизофренией нередко наблюдаются эгоцентрические образы на эмоционально нейтральные слова (эгоцентричность здесь порой достигает степени нелепости) и отказы, либо нейтральные комментарии на эмоционально значимые слова.

Испытуемый В., 1963 г.р., образование среднее, отказывается рисовать что-либо для запоминания словосочетания «вкусный ужин», так как он «никогда не жуякает».

В ряде случаев, испытуемые даже к эмоционально значимым словам рисуют общие, не имеющие никакого отношения к их переживаниям образы, которые свидетельствуют скорее об эмоциональной отгороженности больного, нежелании или неспособности обнаружить свой внутренний мир.

Испытуемый Т., 1960 г.р., образование среднее, улыбаясь, рисует на слово «болезнь» молнию: «высокая температура – это высокое напряжение для организма».

Анализ образов по фактору стандартности позволил сделать вывод о том, что в пиктограммах больных шизофренией практически отсутствуют стандартные образы. Большинство образов является оригинальными.

В результате анализа образов по фактору адекватности отмечается значительное снижение числа адекватных содержанию понятий рисуночных образов в пиктограммах больных шизофренией. Замечено, что адекватность образа обеспечивает надежность воспроизведения. Воспроизведение в пиктограммах ниже воспроизведения «10 слов» чаще у испытуемых с неадекватными образами. Условность рисунка становится

столь широкой и беспредметной, что не отражает реального содержания понятия и дезорганизует процесс запоминания.

Испытуемая С., 1988 г.р., образование высшее, на слово «обман» рисует звезды и луну – «Обман зрения, звезды, небо далеко, а кажется рядом, рукой подать».

Отдельно остановимся на особых феноменах в пиктограммах, которые мало поддаются формализации, но особенно отчетливо отражают бессодержательный характер суждений больных шизофренией. Например, образы по созвучию. Испытуемые в данном случае руководствуются звуковым составом слова и выбирают рисунок, в название которого входит тот же слог, что и в заданное слово.

Испытуемая С., 1960 г.р., образование среднее. Для запоминания словосочетания «мальчик трус» рисует трусы.

Нами отмечен и такой феномен, как множественный тип выбора, который также встречается в пиктограммах испытуемых и является следствием разноплановости мышления, расплывчатости ассоциаций. К заданному понятию выбирается несколько несвязанных между собой образов.

Испытуемый К., 1954 г.р., образование среднее, на слово «обман» рисует знак «минус», объясняя – «это плохо», затем рисует пачку денег: «я заначку всегда имел и не говорил».

Противоположностью множественным образам являются стереотипии. Примером таких пиктограмм является протокол исследования испытуемого К., 1975 г.р., который для запоминания совершенно разнородных понятий рисовал только фигурки людей, практически идентичные друг другу.

Достаточно редко в нашей практике встречались феномены «возврата», когда испытуемый при предъявлении нового понятия использует образ предыдущего, и феномен «единой системы», когда пациент трансформирует рисунок с каждым последующим предъявлением нового слова, в результате чего все пиктограммы оказываются взаимосвязанными.

В заключении, следует отметить, что пиктограмма является эффективным методом для оценки мышления больных шизофренией, в частности, для ранней диагностики структурных нарушений мышления и нарушений личностного компонента мыслительной деятельности.

Предметом дальнейшей работы может стать анализ пиктограмм в зависимости от типа течения (включая периоды обострения и состояния ремиссии) и формы шизофрении.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ
ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ:
АУГМЕНТАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ
БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ И ПРЕПАРАТОВ
ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ**

Веракса А.Е., Егоров А.Ю.

*ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова
Санкт-Петербург*

Острые эндогенные психозы (ОЭП) обычно диагностируются как заболевания шизофренического спектра или аффективные расстройства и составляют около 45 % эндогенных психозов, выявленных в популяции.

Целью нашего исследования было оценить аугментацию терапии ОЭП с помощью бензодиазепинов и препаратов вальпроевой кислоты. Под нашим наблюдением было 102 пациента с диагнозами согласно МКБ-10: шизофрения (n=28), острые и транзиторные психотические расстройства (n= 40), шизоаффективные расстройства (n=15), аффективные расстройства (n= 19). Пациенты были рандомизированы в одну из четырех терапевтических групп: 1 – бензодиазепины (БД, n=13), 2- монотерапия нейролептиками или сочетание одного нейролептика и одного бензодиазепина (НБД, n=48), 3 – комбинация вальпроевой кислоты с бензодиазепином или нейролептиком (ВБДН, n=14), 4 -полипрагмазия (ПП, терапия двумя препаратами одной группы или наличие четырех и более психотропных препаратов одновременно, n=27). Состояние пациентов оценивалось клинически ежедневно и с помощью шкал BPRS и CGI до лечения, еженедельно и по окончании ОЭП.

Продолжительность текущего психоза к моменту начала лечения между группами не различалась. Оценка по шкале BPRS до лечения была 43.5±8.1 баллов, по шкале CGI – 6.2±0.8 баллов; после окончания ОЭП баллы BPRS равнялись 18.9±2.1, CGI – 1.1±0.3. При этом не отмечалось статистически достоверной разницы по шкалам среди всех групп, т.е. симптоматически группы были однородными. Средняя длительность купирования приступа по всем группам колебалась от 1 до 50 дней (в среднем 11,4 дня). Быстрее ОЭП купировался в группе БД (4,7 дней), в группах НБД и ВБДН длительность купирования приступа составляла 7,0 и 7,4 дней соответственно (P<0.05), в группе ПП – длительность достигала 24,5 дней (P<0.001).

Таким образом, использование бензодиазепинов и их комбинации с нейролептиком или вальпроевой кислотой наиболее эффективно и целесообразно в сравнении с применением полипрагмазии.

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ**

Веселкова Ю.В., Мелёхин А.И.

*Российский Научно-клинический центр геронтологии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Москва*

Применение когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) в реабилитации «болезней зависимости» (наркотической, алкогольной) было описано в 1960-х годах и направлено на выявление триггеров, негативных автоматических мыслей, дезадаптивных убеждений и эмоций, приводящих к срыву, обучение пациентов копинг-стратегиям, эффективным действиям совладания со стрессом. Ключевым методологическим принципом данного направления в реабилитации пациентов наркоманией является комбинированный подход к терапии, в связи с присутствием у пациентов «двойного диагноза». Например, прием ПАВ + психотические эпизоды, шизофрения; ПАВ + тревожная депрессия.

Существуют два направления применения КПП при наркомании:

- Индивидуальная психотерапия от 12 до 16 недель, еженедельные сессии.
- Комбинированная терапия (фармакотерапия+ индивидуальная КПП+12 шагов).
- Комбинированная психотерапия (фармакотерапия+ индивидуальные сессии мотивационного интервью + групповая когнитивно-поведенческой психотерапии МЕТ/СВТ5,7 или 12 сессий).

В начале терапии специалист анализирует клинико-психологический статус пациента с целью выявления коморбидных психических расстройств. Оценивается *внутренняя картина болезни*: реабилитационный потенциал, мотивация к лечению и изменению состояния (высокая, низкая или контрмотивация).

При разработке целей терапии обязательно учитывается, какое поведение является для пациента дезадаптивным, нежелательным и нуждается в коррекции, устранении, а какое желаемо и требует формирования. Совместно с пациентом формируется схема развития и удержания его проблемы состоящая из: проблемной реакции, убеждения, критического события, текущий проблемы, факторов уязвимости, поддерживающих процессов и мишеней терапии. Для этого используются историографический и поведенческий (причинно-следственный) виды анализа. На основе выявленных терапевтических мишеней, совместно с пациентом и его родственниками специалист предлагает программу реабилитации состоящую из мотивационной терапии, КПП, психообразования, ассертивного тренинга. Основными мишенями, при работе с пациентами с наркоманией, является с одной стороны реконцептуализация дезадаптивных убеждений приводящих к срыву, а с другой создание различных поведенческих программ совладания с тягой к ПАВ. При создании программ совладания

учитываются компоненты участвующие в переживании дискомфортных ощущений: сенсорные, аффективные, когнитивные, мотивационные и поведенческие. Применяются мониторинговые техники, направленные на оценку динамики психического состояния пациента. Главный акцент делается на выявление экстеро- и interoцептивных ощущений пациента, приводящих к срыву. Из поведенческих техник, направленных на прекращение нежелательного поведения (например, срыву при стрессовой ситуации) используются: габитуация, несоместимое поведение, привязка к триггеру, смена мотивации, формирование отсутствия.

Следует отметить, что при директивном следовании протоколу МЕТ/СВТ12 положительные результаты в клинической картине наблюдаются даже через 6 мес. после завершения терапии. Таким образом, можно сказать, что КПП является неотъемлемой частью реабилитации пациентов принимающих ПАВ.

НОРМАЛИЗАЦИЯ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Ветрила А.М.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского»
Симферополь*

Психическое здоровье и психическое благополучие подростков являются важнейшими составляющими качества жизни. Реабилитация и нормализация психо-эмоционального состояния подростков с помощью сенсорной интеграции положительно влияет на общее, эмоциональное, речевое и социальное развитие. Среди комплекса реабилитационных мероприятий ведущая роль принадлежит сенсо-моторной активации – занимающей особое место в структуре психотерапевтических воздействий в виде стимуляции сенсорных систем, активации импрессивной и экспрессивной речи, развития зрительно-пространственной ловкости, развития двигательных навыков у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, развития навыков взаимодействия, игровой деятельности, коммуникативных способностей, способствующих преодолению социальной депривации подростков и детей с различными соматическими заболеваниями и обучение методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболеваний.

С 2013 года в г. Евпатория появилась совершенно уникальная возможность по оздоровлению подростков-инвалидов (психиатрического и неврологического профиля) и подростков с особыми потребностями, с помощью методов сенсорной реабилитации. Реабилитация в «Сенсорной комнате» проводится с помощью особой окружающей среды, состоящей различных стимуляторов, создающих ощущение комфорта, безопасности и

направленных на восстановление синхронности, согласованности эмоционально-волевой сферы подростка, его зрительного, слухового и тактильного восприятия.

Материалы и методы: За период 25.12.2013 по 01.09.2015. в сенсорной комнате нормализацию психо-эмоционального состояния с помощью сенсорной интеграции получили: 375 подростков со следующими диагнозами: F40.0 – 75; F40.1 – 25; F43.1 – 42; F48.0 – 76; F50.9 – 5 ; F63.0 – 7; F81.3 – 85; F91.2 – 48; F95.0 – 7; F98.5 – 5.

Для обследования психо-эмоционального состояния подростков использовались методики: Люшера, Адаптивность и САН. В процессе проведенной реабилитации положительная динамика отмечалась у 78% подростков.

Выводы: как показывают результаты нашей работы, комплексный подход к нормализации психо-эмоционального состояния с помощью сенсорной интеграции приводит к улучшению качества жизни и успешной социализации подростков.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

**Волынкин А.А., Власов П.Н., Петрухин В.С.,
Ахвеледiani К.Н.**

*ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова»
ГБУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»
Москва*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – составляет до 40% от всего травматизма и преобладает среди лиц молодого возраста. Пограничные психические расстройства являются частыми жалобами после ЧМТ (от 10 до 77%). Сочетание последствий ЧМТ с акушерской патологией при беременности часто приводят к затруднениям при ведении беременности, что явилось одной из причин актуальности данной работы.

Цель исследования: изучить пограничные психические расстройства (астенический, тревожный, депрессивный синдромы) у беременных с ЧМТ (в анамнезе), госпитализированных в отделении физиологии беременных ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015 гг.

Материалы и методы: выполнено обследование 41 беременной с последствиями ЧМТ, с использованием шкал: субъективной оценки астении (MFI-20); госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка данных проведена программой Statistica 6.0.

Результаты: в зависимости от вида полученной ЧМТ все беременные (n=41, в возрасте от 19 до 41 года) составили 2 группы (1 – с сотрясением головного мозга (СГМ) – 48,8%; n=20; 2 – с ушибом головного мозга (УГМ) – 51,2%; n=21). В контрольную группу (3) включены 21 практически здоровых беременных.

В 1 группе – в 6,7% (n=3) случаев верифицирован астенический синдром (показатели по MFI-20 $25\pm 1,1$, с максимальными изменениями в подшкалах пониженной активности и физической астении), а во 2 группе – в 11,1% (все случаи (n=5) с психической астенией, снижением мотивации и пониженной активностью), показатели MFI-20 составили $28\pm 3,1$. В 3 группе – показатели MFI-20 $19\pm 2,12$ (норма).

Оценивая проявления тревожного и депрессивно-го синдромов в 1 группе (по шкале HADS) выявлено: по подшкале А (тревога) – $9,2\pm 2,57$ (8 случаев (40%) тревожного синдрома), по подшкале D (депрессия) – $7,1\pm 1,3$ (2 случая (9,5%) субклинических проявлений). Во 2 группе данные показатели составили: по подшкале А – $11,21\pm 2,7$ (тревожный синдром у 14 беременных (70%)), по подшкале D – $8,1\pm 1,4$ (4 случая (19%) субклинических проявлений). В 3 группе – показатели суммарно составили $5,6\pm 1,2$ (норма).

Выводы: выявлено достоверно значимое ($p < 0,05$) преобладание случаев астенического синдрома (цереброгенная форма) (n=5; 11,1%) и тревожного синдрома (n=15; 33,3%) среди беременных с последствиями ЧМТ при ушибе головного мозга.

К ВОПРОСУ О ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОМ БРИГАДНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В РАМКАХ СОВРЕМЕННОЙ РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИИ

Глушкова А.В., Семенова Н.В.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

В процессе реформирования современных систем здравоохранения ВОЗ выделяет несколько взаимосвязанных направлений: изменение подходов к финансированию здравоохранения; изменение роли государства и рынка в оплате медицинской помощи; изменение принципов управления системой (децентрализация, делегирование полномочий на муниципальные уровни); оптимизация организационных структур системы; расширение для пациентов возможностей принятия решений.

В 90-е годы XX века в организации психиатрической помощи большинства развитых стран мира произошла смена приоритетов. Бремя психических расстройств, и прежде всего депрессий, оказалось столь значимым по своим экономическим затратам и общему социальному масштабу, что стало предметом специального рассмотрения правительств и различных межгосударственных институтов, в том числе и Всемирного банка. Эти тенденции не только сохраняются, но и усиливаются в начале XXI столетия.

Организация специализированных кабинетов, отделений в учреждениях первичной медицинской сети – наиболее перспективный в современных условиях путь раннего выявления и, при необходимости, терапии

непсихотических психических заболеваний, в первую очередь тревожно-депрессивных расстройств и когнитивных нарушений.

Реформирование психиатрической помощи, а именно, обеспечение ее доступности и приближения к населению, невозможно только в рамках существующих психиатрических служб. Необходимо взаимодействие с системой общей медицинской помощи, в частности, в виде организации отдельных форм психиатрической помощи в учреждениях первичной медицинской сети. Оказание помощи больным с непсихотическими, умеренно выраженными формами психических расстройств может улучшиться за счет привлечения ресурсов первичной медицинской сети (близость к населению, доступность, профилактический и реабилитационный потенциал, уменьшение стигматизации).

Однако реализация этого подхода сдерживается значительным дефицитом медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, врачей-психотерапевтов в большом числе регионов. Это может привести к вычленению психотерапевтической работы из формата полипрофессионального обслуживания и ограничить возможности использования групповых психотерапевтических методов в системе психосоциального лечения и реабилитации значительной части основного контингента пациентов психиатрических больниц.

В России, при отсутствии сложившейся системы обучения психосоциальной работе, учреждения, внедряющие в практику психосоциальные технологии, вынуждены решать задачу соответствующей подготовки сотрудников самостоятельно.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Горобец Л.Н.

*Московский НИИ психиатрии –
филиал ФГБУ ФМИЦПН Минздрава России
Москва*

Актуальность. В последние десятилетия биологические исследования в психиатрии приобретают все большее значение по меньшей мере по двум причинам: 1) уточнение патофизиологии психических расстройств путем поиска биомаркеров; 2) определение предикторов эффективности и переносимости психофармакотерапии (ПФТ), которые позволяют определить те биологические процессы и системы, которые вовлечены в формирование терапевтической эффективности, механизмов резистентности и побочных эффектов.

В этой связи несомненный интерес представляет эндокринологический подход – исследование гормональных показателей, тем более что в отечественной литературе данных об изучении этих параметров у

больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) явно недостаточно.

Цель: изучение динамики уровней пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Э), тестостерона (Т), кортизола (К) и дегидроэпиандростерона – сульфата (ДГЭА-С) у больных ППЭ в процессе терапии оланзапином.

Материалы. Терапевтическая группа: 58 пациентов с ППЭ (29 женщин и 29 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 28,6±1,5 лет), ранее не получавшие психофармакотерапию. Контрольная группа: психически и соматически здоровые испытуемые: 34 чел. (14 женщин и 20 мужчин), средний возраст – 34,6±6,8 лет. Больным терапевтической группы была проведена терапия оланзапином, средняя дозировка составляла 7,5 мг/сутки. Оценка гормональных показателей в терапевтической группе проводилась динамически (фон, 3-4 нед. и 6-8 нед. терапии) в зависимости от гендерного фактора и эффективности лечения. Редукция общего балла по шкале PANSS более чем на 25% к 6-ой неделе терапии оланзапином давала возможность регистрировать положительный результат и расценивать данных пациентов как респондеров (R). Все остальные пациенты являлись нонреспондерами (NR). Референтные значения гормонов: ПРЛ – М -50 -500 мМЕ/л; Ж – 70 – 700 мМЕ/л; Э – М – 15-60 пг/мл; Ж – 30 -120 пг/мл; Т – М- 10-38 нмоль/л; Ж – 0,2 -4 нмоль/л; К– 150-660 нмоль/л, ДГЭА-С– М – 1,0-4,2; Ж – 0,8-3,9 мгк/мл.

Методы: клинико-психопатологический, биохимический, статистический.

Результаты. Выявлена сходная динамика уровней ПРЛ у женщин (R и NR) – повышение от этапа к этапу (значимые различия между фоном, 2 и 3 этапами исследования: фон: 448,7±32,7 мМЕ/л, 275,5±59,8 мМЕ/л, p=0,08; 2 этап: 1596,7±124,6 мМЕ/л, 1608,7±95,6 мМЕ/л, p=0,09; 3 этап: 1648,2±105,9 мМЕ/л, 1559,5±86,7 мМЕ/л, p=0,06)). У мужчин NR на 2 и 3 этапах исследования уровень ПРЛ был в 1,5 раза ниже, чем у R. (2 этап – 830±356,3 мМЕ/л, 1259,4±405,9 мМЕ/л, p =0,01; 3 этап – 823,4±347,8 мМЕ/л, 1268,4±395,4 мМЕ/л, p=0,005).

У женщин не найдено различий в динамике уровней Э между R и NR. Значимые различия обнаружены у R и NR на 2 этапе исследования (97,5±2,4 пг/мл, 66,4±5,4 пг/мл, p=0,01). У мужчин R выявлено значимое (p=0,03) снижение уровня Э к концу терапии. У мужчин NR отмечена противоположная динамика – повышение уровня Э к концу терапии. Значимые (p=0,003) различия уровней Э у мужчин выявлялись только на 3 этапе исследования между R и NR (26,5±12,1 пг/мл, 40,5±15,4 пг/мл).

У женщин динамика уровня Т не зависела от терапевтического ответа: у R и NR происходило снижение уровня гормона – значимые изменения между фоном и 3 этапом терапии: (R: 4,11±11,05 нмоль/л, 1,8±1,1 нмоль, p=0,002; NR: 5,57±5,7 нмоль/л, 1,75±0,4 нмоль/л, p=0,0014). У мужчин динамика уровня Т не зависела от терапевтического ответа: у R и NR происходило повышение уровня гормона, более интенсивное у R (12,9±7,3 нмоль/

л; 28,1±10,3 нмоль/л; 26,9±10,9 нмоль/л; NR – 14,7±5,6 нмоль/л, 21,4±9,1 нмоль/л, 23,8±10,5 нмоль/л) (p=0,00017). Повышение уровня ПРЛ отрицательно ($r=-0,56$; p=0,003) коррелировало с уровнем Т у женщин.

У R и NR женского пола терапевтической группы отмечалась сходная динамика уровней К – повышение показателей на 2 этапе и снижение к 6-8 неделе терапии (R: 753,9±90,2 нмоль/л; 781,8±85,1 нмоль/л; 752,1±90,5 нмоль/л; NR: 427,5±75,5 нмоль/л; 491,0±22,0 нмоль/л; 523,0±54,0 нмоль/л). Средние показатели уровней К у женщин-респондеров превышали нормативные значения на всех этапах исследования, тогда как у женщин-нонреспондеров все изменения происходили в референтных пределах. Динамика уровней ДГЭА-С у женщин-респондеров основной группы была сопоставима с динамикой уровней кортизола – повышение значений на 2 этапе и снижение к концу терапии (R: 3,32±0,54 мгк/мл.; 3,42±0,44 мгк/мл.; 3,21±0,40 мгк/мл). У женщин-нонреспондеров превышение нормативных значений уровней ДГЭА-С отмечено только к концу терапии на фоне снижения уровней кортизола (NR: 2,6±0,50 мгк/мл; 2,5±1,50 мгк/мл; 3,00±1,00 мгк/мл). В связи с малочисленностью группы NR анализ достоверности различий между R и NR провести не удалось.

Динамика уровней К у мужчин-респондеров основной группы отличалась от таковой у женщин. Средние показатели гормона снижались от этапа к этапу (R: 703,2±92,2 нмоль/л; 671,1±89,9 нмоль/л; 580,2±75,2 нмоль/л). У мужчин-нонреспондеров с ППЭ динамика уровней К также была иной: на 2 этапе терапии уровень К значимо снижался по сравнению с фоном (p<0,03) до нормативных пределов, а на 3 этапе отмечалось его повышение (NR: 914,8±139,4 нмоль/л; 660,3±76,7 нмоль/л; 700,1±80,2 нмоль/л). Обращает на себя внимание, что в отличие от женщин у мужчин-нонреспондеров отмечается самый высокий фоновый уровень К. Выявлены значимые (p<0,01) различия между средними значениями К у мужчин и женщин терапевтической и контрольной групп на всех этапах исследования. Показатели контрольной группы: мужчины – 392,8±41,6 нмоль/л; женщины – 407,8±50,0 нмоль/л).

Как и у пациенток, динамика уровней ДГЭА-С у мужчин-респондеров была сопоставима с динамикой показателей кортизола (R: 4,01±0,46 мгк/мл; 3,98±0,53 мгк/мл; 3,94±0,48 мгк/мл). Интерес представляет динамика уровней ДГЭА-С у мужчин-нонреспондеров: при снижении уровней К отмечается повышение ДГЭА-С, причем на 2 и 3 этапах оба показателя превышают нормативные (NR: 4,36±0,78 мгк/мл; 5,31±1,03 мгк/мл 5,36±1,12 мгк/мл). Обнаружены значимые (p<0,01) различия между показателями ДГЭА-С у больных с ППЭ и контрольной группой. Показатели контрольной группы: мужчины – 2,95±0,21 мгк/мл; женщины – 2,47±0,26 мгк/мл.

Выводы. Таким образом, к предикторам эффективности антипсихотической терапии у больных с ППЭ можно отнести:

1. Повышение уровня пролактина к 3-4 неделе терапии независимо от гендерного фактора
2. Снижение уровня эстрадиола у мужчин к 3-4 неделе терапии
3. Повышение показателей кортизола и ДГЭА-С у женщин и их снижение у мужчин.
4. Гармоничность (однонаправленность) динамических изменений кортизола и ДГЭА-С.

ИЗУЧЕНИЕ КАТАМНЕЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Гребенюков С.В., Белан Р.М., Кондинский А.Г.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ Санкт-Петербург

В последние годы ученые многих стран активно обсуждают концепцию персонифицированного подхода в психотерапии пациентов с невротическими расстройствами. Катамнестическое исследование проводится с целью выявления индивидуальных факторов, влияющих на эффективность психотерапевтического вмешательства.

В рамках настоящего исследования изучают особенности личности пациентов, бытовых и трудовых условий, взаимоотношений в семье и социальной среде. По данным современных исследований данные факторы можно рассматривать как ключевые для эффективности психотерапии.

Целью настоящего исследования является изучение катамнеза и эффективности психотерапии для формирования персонифицированного подхода к лечению невротических расстройств

Результаты. По данным современных отечественных и зарубежных катамнестических исследований пациентов с невротическими расстройствами были выявлены следующие показатели влияющие на формирование, течение невротического расстройства и оценку эффективности психотерапии: личностные особенности пациентов (выраженный перфекционизм и враждебность), бытовые и трудовые условия, взаимоотношений в семье и социальной среде, особенности клинической картины, соблюдение плана фармакотерапии, понимание пациентом механизмов настоящего заболевания, мотивация на лечение, метод психотерапии, длительность оказываемой помощи, наследственность, диагноз и степень тяжести симптоматики, наличие и выраженность коморбидных заболеваний, социодемографические характеристики, личностные особенности, интерперсональное взаимодействие, факторы поддержки, научение, активный опыт, прояснение для пациента и изменение дезадаптивных представлений (смыслов), личностные качества, тип подготовки и профессиональный опыт психотерапевта.

Выводы. Учет вышеперечисленных показателей позволяет установить индивидуальные особенности течения невротического расстройства у конкретного пациента, что обеспечивает условия для выработки персонифицированной тактики ведения и выбора метода психотерапии. Применение персонифицированного подхода ведет к повышению качества и эффективности лечения пациентов с невротическими расстройствами.

СПЕЦИФИКА ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОГО ТИПА

Григорьева А.А., Фадеева Е.В.

ФГБУ «ФМИЦ ПИИ им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации Москва

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант 13-06-00683 А)

Одной из главных задач образовательного учреждения в профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ) является создание особой микросреды в структуре самого образовательного пространства, которая бы способствовала успешной реализации профилактической работы и снижала бы факторы риска развития аддиктивного поведения у учащихся. Реализация профилактических мероприятий может быть затруднена в связи с тем, что внедрение программ первичной профилактики в образовательных учреждениях разного типа зачастую не учитывает их специфики.

Специфические риски педагогов в общеобразовательных учреждениях (ОУ) обусловлены большой учебной нагрузкой, недостаточной личностной заинтересованностью педагогов и низким уровнем компетентности в вопросах психолого-педагогической профилактики аддиктивного поведения, неблагоприятным психологическим климатом в ОУ. К специфическим рискам учащихся относятся индивидуально-психологические особенности самих учащихся. Предупреждение специфических рисков образовательной среды в ОУ заключается во внедрении технологий индикативной и селективной профилактики употребления ПАВ с учетом возраста учащихся и их принадлежности к группе риска развития наркологических заболеваний. Среди специфических рисков педагогов в дополнительного образовании важно отметить дефицит уважительного отношения к своей деятельности, связанный во многом с недостаточным социальным признанием и оценкой важности личностного вклада педагогов в развитие личности учащихся. К специфическим рискам учащихся учреждений дообразования можно отнести низкую мотивацию родителей на участие их детей во внешкольной деятельности, а также замкнутость и других проявлениях сниженной самооценки детей и подростков.

Специфическими рисками педагогов в учреждениях среднего профессионального образования (СПО) является работа со сложными подростками, необходимость наличия специальных знаний по воспитанию трудных подростков, навыков выделения особо проблемных учащихся группы риска в отношении употребления ПАВ, в связи с тем, что учащиеся данных учреждений часто являются детьми из неблагополучных семей, сиротами, лицами, состоящими на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и др. Специфическими рисками учеников СПО являются их когнитивные особенности, проблемы адаптации в общеобразовательных школах. К специфическим рискам образовательной среды относятся необходимость особой проработки в планировании и внедрении программ профилактики употребления ПАВ с учетом индивидуальных особенностей учащихся групп риска. Специфические риски педагогов высшего образования (ВУЗов) являются следствием специфических рисков образовательной среды, которая допускает низкий уровень контроля над поведением студентов, уменьшает воспитательный компонент в образовательном процессе. Специфическими рисками учащихся в ВУЗах являются низкая способность к самоорганизации и самоконтролю у ряда учащихся в процессе учебной деятельности. К рискам образовательной среды можно отнести трудности во внедрении программ профилактики употребления ПАВ в ВУЗах, а именно сложности в привлечении наименее мотивированных к учебному процессу студентов в систематическую профилактическую работу.

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА В ПСИХОТЕРАПИИ

**Демьяненко А.М., Бабин С.М., Палкин Ю.Р.,
Фаддеев Д.В., Кириленко А.А., Иванов В.С.**

*СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7
им. акад. И.П. Павлова»
СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Кафедра психотерапии и сексологии
Санкт-Петербург*

Современная концепция оказания медицинской помощи, предполагает выработку критериев качества, в том числе, и в областях медицинской деятельности, в которой оценка качества и эффективности, складывается из субъективного представления. В рутинной практике не проводится целенаправленная оценка эффективности психотерапии.

Нами сделана попытка создать индикаторы качества оказания психотерапевтической помощи, на основании применения экспериментально-психологических методик, которые позволяют отследить динамику механизмов саногенеза.

Участниками исследования, с марта по декабрь 2015, были 56 пациентов СПб ГБУЗ «Городская психи-

атрическая больница №7 им. академика И.П. Павлова», возраст 25-45 лет, средний возраст 35,2. Пациенты были включены в исследование после установления диагноза, входящего в рубрику F4 по классификации МКБ-10, преимущественно с тревожно-фобическими и соматизированными расстройствами. Экспериментальная группа составила 36 человек, контрольная группа составила 20 человек. Пациенты из экспериментальной группы проходили групповую психотерапию в рамках гештальт-подхода, в количестве от 20 до 25 сессий.

Психодиагностика проводилась до и после курса психотерапии с использованием следующих методик: Торонтская алекситимическая шкала (TAS), Симптоматический опросник (SCL-90-R), Тип отношения к болезни (ТОБОЛ), Самоактуализационный тест (САТ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ «SPSS 17.0». Анализ эффективности терапии включал подсчет статистической достоверности различий при помощи критериев Вилкоксона и Стьюдента для связанных выборок.

Результаты исследования, показывают, что в процессе получения психотерапевтической помощи повышается уровень дифференцировки эмоциональных состояний и способности их выражения. Изменяется в положительную сторону степень независимости от воздействия извне ценностей пациентов и их поведения, осознание своих достоинств и положительных качеств, происходит повышение межличностной чувствительности и восприятия своих агрессивных тенденций, как неотъемлемый компонент человеческого поведения. Повышается интерес к познанию окружающего мира и адаптации к нему. Отношение к своей болезни изменяется на более адаптивный тип.

При рассмотрении эффективности только лекарственной терапии, можно судить об улучшении самочувствия пациента на фоне снижения патологической симптоматики и игнорирование ее слабого проявления, при этом психологические механизмы патогенеза при невротическом расстройстве, остаются без изменений. Опираясь на полученные данные, можно сделать ряд выводов:

1) Изолированное применение лекарственной терапии влияет на редукцию психопатологической симптоматики, но не затрагивает психологические механизмы реагирования.

2) Оказание психотерапевтической помощи при невротических расстройствах, носит принципиально значимый характер, влияющий на формирование ремиссии.

3) Использованные нами психологические методики, вероятно, могут использоваться в рутинной практике, для оценки эффективности проводимой психотерапии, т.е., служить ее индикаторами качества.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА
ИНФИЦИРОВАНИЯ С СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ,
КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ
НАРКОТИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ**

**Джалилова З.О., Илюк Р.Д., Громыко Д.И.,
Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.**

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Для разработки эффективных интервенций, позволяющих уменьшить темпы эпидемии ВИЧ необходимо изучение факторов, влияющих на поведение, связанное с риском инфицирования. Цель исследования: проведение комплексного анализа показателей рискованного поведения и выявление их взаимосвязи с биопсихосоциальными характеристиками опиодзависимых ПИН с различным ВИЧ статусом.

Объект и методы исследования. С помощью специально разработанного клинического опросника (КО), теста оценки степени риска инфицирования ВИЧ (ТОСР), визуально-аналоговой шкалы «Влечение к ПАВ» (ВАШ), опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса (WCQ), опросника «Характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера» (STAXI), 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16-PF-C), модифицированной шкалы дискриминации /стигматизации (Link) было обследовано 46 пациентов с опиодной зависимостью (ОЗ), 57 – с опиодной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) и 90 здоровых человек, включённых в группу контроля (КГ). При обработке данных использовались методы параметрической и непараметрической статистики, выполнялся корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты. В группу ОЗ вошли 31 (67,39%) мужчина и 15 (32,61%) женщин. Средний возраст респондентов – 23,80 года (SD=4,91), средняя длительность употребления опиоидов – 70,2 (SD=14,45) месяцев. В группу ОЗВИЧ включены 32 (56,14%) мужчины и 25 (43,86%) женщин. Средний возраст респондентов – 26,07 года (SD=4,39), средняя длительность употребления опиоидов – 80,6 (SD=20,09) месяцев. Средняя длительность ВИЧ-инфекции – 49,7 (SD=9,30) месяцев. Группа контроля (КГ) (n=90): 54 (60,00%) мужчины и 36 (40,00%) женщин. Средний возраст респондентов КГ – 22,74 года (SD=5,09). Показатели риска инфицирования ВИЧ (РИ) половым путём (ПП) в группе ОЗВИЧ – 6,61 балл (SD=1,80) и итоговой величины ТОСР – 0,32 (SD=0,06) выше, чем у ОЗ – 5,78 баллов (SD=1,27) и 0,29 (p≤0,05) соответственно. Показатель РИ инъекционным путём (ИП) в группе ОЗВИЧ составил 6,12 балла (SD=1,34) и был более выражен, чем в группе ОЗ – 5,72 (SD=1,60).

По данным корреляционного анализа выявлены взаимосвязи показателей поведения, связанного с РИ и биопсихосоциальными характеристиками пациентов из групп ОЗ и ОЗВИЧ (p≤0,05). Установлено, что более молодой возраст, меньший опыт употребления ПАВ, большая выраженность проявлений депрессивной симптоматики, таких личностных черт как «нонконформизм», «экспрессивность» связаны со всеми показателями РИ в обеих группах опиодзависимых. Общими для групп ОЗ и ОЗВИЧ факторами, увеличивающими РИ инъекционным путём, являются: повышение показателей: «уровень влечения к ПАВ», «доминантность», «экстраверсия», «гнев-реакция», «экспрессия гнева во вне», «конфронтативный копинг», низкие значения показателя «дискриминации» в связи с наркозависимостью; половым путем: уменьшение показателя «реактивная уравновешенность». Специфические факторы для группы ОЗ, повышающие РИИП: низкий уровень образования, уменьшение суммарной длительности ремиссий, показателей – «соматизация», «межличностная чувствительность», «психотизм», увеличением показателей – «смелость», «склонность к раздражительности и гневу, как личностная особенность», «сиюминутное состояние гнева»; для группы ОЗВИЧ: более благополучное материальное положение семьи, меньшая продолжительность ВИЧ инфекции, увеличение показателей «субъективные признаки подавленности», «подозрительность», «напряженность» и уменьшение показателя «самоконтроль». Специфическими факторами для группы ОЗ, повышающими РИ половым путем являются: более низкий уровень образования, конфликтные отношения матери с пациентом, увеличение показателей «общительность», «экстраверсия»; для группы ОЗВИЧ: увеличение продолжительности потребления стимуляторов, уменьшение общей продолжительности потребления седативных и снотворных препаратов, уменьшение длительности гепатита В, меньшее количество ремиссий, уменьшение показателей «экспрессия гнева вовне», «экспрессия гнева внутрь». Регрессионная модель для показателя РИИП в группе ОЗ ($B_0 = 10,29$; $R^2 = 0,40$) определялась предикторами: показатель дискриминации по наркостатусу (- 0,48); в группе ОЗВИЧ ($B_0 = 4,08$; $R^2 = 0,49$): общая продолжительность потребления ПАВ (- 0,16), экспрессия гнева вовне (0,22). В модели для показателя РИПП в группе ОЗ ($B_0 = 9,6$; $R^2 = 0,35$) определены предикторы: возраст (-0,17), суммарная длительность всех ремиссий (0,07); в группе ОЗВИЧ ($B_0 = 13,15$; $R^2 = 0,50$): возраст (-0,19), – наркологический учет (1,76), экспрессия гнева вовне (-0,40).

Заключение. На фоне высокого риска инфицирования (РИ) инъекционным путем (ИП) у ОЗВИЧ отмечается больший уровень РИ половым путем (ПП). Не зависимо от ВИЧ статуса наркозависимых, общий РИ связан с молодым возрастом, небольшим стажем употребления ПАВ, выраженностью депрессии, наличием дисфункциональных личностных черт; РИИП усиливается с ростом влечения к ПАВ, наличием реакции конфронтации и состояний гнева, а также низким уровнем

стигматизации по наркостатусу, на РИ ИП больше влияют особенности личности. У ОЗВИЧ снижение приема ПАВ-депрессантов и увеличение потребления стимуляторов усиливают РИ ПП, лучшее психосоматическое самочувствие ассоциировано с РИИП. Чем меньше длительность ВИЧ, тем выше РИ. Общими предикторами поведения, связанного с РИ являются тяжесть аддикции и наличие наркологического учета. В зависимости от видов РИ значение имеют возраст, наличие состояний гнева и дискриминация по наркостатусу.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСУЖДЕННЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОТБЫВАЮЩИХ УГОЛОВНОЕ НАКАЗАНИЕ В ВИДЕ ПОЖИЗНЕННОГО ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Диденко А.В., Степанова Э.В.

*ФКУ ДПО Томский ИПКР ФСИН России, Томск
УОМСО ФСИН России, Москва*

Цель исследования: изучение актуального состояния осужденных с психическими расстройствами, отбывающих уголовные наказания в виде пожизненного лишения свободы для определения потребности в лечебно-консультативной помощи и оптимизации их содержания в исправительных учреждениях. Исследование проводилось на материале клиничко-катамнестического изучения 197 осужденных мужского пола, состоящих под диспансерным наблюдением психиатра исправительного учреждения в связи с диагнозом психического расстройства, установленного по МКБ-10.

В выборке преобладали лица среднего (от 30 до 40 лет – n=51, 25,8%), зрелого (от 40 до 50 лет – n=87, 44,2%) и старшего возраста (от 50 до 60 лет, n=36, 18,3%). Характерен сложный состав совершенных преступлений, с преобладанием лиц, отбывающих уголовные наказания в связи с обвинением по двум и более статьям уголовного кодекса (n=152, 77,2%). Структура преступлений: преступления против жизни и здоровья (n=189, 39,9%), преступления против собственности (n=160, 33,8%), против общественной безопасности (n=40, 8,5%); против половой неприкосновенности и половой свободы личности (n=37, 7,8%).

В структуре диспансеризации преобладают органические психические расстройства (n=90, 45,7%), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (n=73, 37,0 %), а также умственная отсталость легкой степени (n=17, 8,6%). Среди органических психических расстройств, преобладают «Органическое астеническое расстройство F06.6» (n=46, 23,4%) и «Органическое расстройство личности и поведения в связи с черепно-мозговой травмой F07.1» (n=37, 18,8%).

Наиболее частые обращения за психиатрической помощью фиксируются у больных с органическим расстройством личности ($r_s=0,44$, $p<0,05$), умственной отсталостью легкой степени ($r_s=0,45$, $p<0,05$)

и эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип ($r_s=0,39$, $p<0,05$). Наиболее часто госпитализируются в стационар медицинской части осужденные с органическим расстройством личности ($r_s=0,13$, $p<0,05$). Наличие органического поражения центральной нервной системы у осужденных, отбывающих пожизненное лишение свободы является одним из фактором определяющих направление деятельности психиатрической службы в исправительных учреждениях для пожизненного лишения свободы.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЛОВЕСНО- ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДИНАМИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Дудко Т.Н., Литвинков Н.П., Папырин В.Д.,
Адамова Т.В., Коротина О.В.**

*ФГБУ «ФМИЦПН им В.П. Сербского» Минздрава России
Москва*

Цель исследования: оценить эффективность методики словесно-эмоциональной реорганизации патологических динамических стереотипов у пациентов с посттравматическим синдромом, осложненным алкогольной зависимостью.

В группу исследования вошли 32 мужчины, перенесших ПТСР, у которых диагностировалась вторая стадия алкоголизма, запойная форма. Уровень реабилитационного потенциала средний (82%) и низкий (18%). Возраст от 41 до 56 лет. Все пациенты участвовали в боевых действиях, работали, имели семьи.

Практическая психотерапевтическая работы по реорганизации патологического динамического стереотипа в алгоритм достижения «состояния расслабления» состояла из двух этапов: на первом прорабатывалась техника релаксации, на втором этапе модулировались наиболее важные эмоционально-стрессовые ситуации с последующей их коррекцией и нормализацией психоэмоционального состояния.

Первый этап (техники релаксации). Предлагается сжать руку в кулак и разжать его. Ответить на вопрос: «Как приятнее и как спокойнее – когда кулак напряжён или когда расслаблен?» То же самое упражнение необходимо выполнить мысленно, а затем – одновременно двумя кулаками и ответить на тот же самый вопрос. Затем по вышеописанному алгоритму работа продолжается с мышцами предплечий, плеч, с мышцами рук, стоп, голени, бедер, ног, тазового дна и ягодиц, живота, грудной клетки, шеи лица. Предлагается сжать руку в кулак и, глубоко вздохнув, разжать руку на выдохе, представляя, как из тела выходят неприятные эмоции, переживания, негативные ассоциации. Такое же упражнение необходи-

мо выполнить мысленно, сжимая и разжимая на выдохе кулак, представляя, как с выдохом происходит освобождение от неприятных эмоций, представлений, воспоминаний. Приемы релаксации усваиваются пациентом, как правило, в течение двух недель регулярных занятий.

Второй этап (нивелирования эмоций, связанных с негативными переживаниями): прорабатываются четыре эмоциональных состояния: страх неудачи, стыд, вина, обида. Пациенту предлагалось образно, последовательно представить вышеперечисленные негативные эмоциональные состояния. Затем проводилось тестирование. После чего пациенты выполняли ранее усвоенные психотехники по релаксации и вновь проводилось тестирование.

Данная психотерапевтическая методика была проведена 12 пациентам основной группы. Больные находились на адаптационном и интеграционном этапах медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. После первого этапа реализации предложенной методики (отработка техники релаксации) у всех пациентов нормализовался психоэмоциональный фон: значительно уменьшились тревожность, возбудимость, дисфории, улучшился сон, дезактуализировалось импульсивное влечение к алкоголю.

После второго этапа у пациента сформировались навыки коррекции и нормализации психоэмоционального состояния. Пациенты научились брать ответственность на себя по предотвращению срывов и рецидивов запоев. Во время повторных консультаций они с удовольствием рассказывали, когда и как им это удавалось. Чувство ответственности и достижения значительно повышало их уверенность в своих волевых качествах и мотивировало на участие в реабилитационных программах.

Пациенты, контрольной группы (20 человек), которым не проводилась психотерапевтическая методика реорганизации патологического динамического стереотипа в алгоритм достижения, значительно чаще (в 2-3 раза) нарушали режим воздержания от алкоголя и у них возникали повторные запойные состояния.

Таким образом, применение методики реорганизации патологического динамического стереотипа в алгоритм достижения позволяет эффективно нивелировать психоэмоциональное напряжение у пациентов с ПТСР, прививать пациентам чувство ответственности в противостоянии болезненной зависимости от алкоголя и увеличить продолжительность ремиссий.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ (ТРУДОВЫХ) МАСТЕРСКИХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

Дудко Т.Н., Целинский Б.П.

*ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва*

В деятельности медицинских организаций наркологического профиля остаются актуальными вопросы организации лечебно-производственных мастерских (ЛПМ).

Трудотерапия как медицинская услуга под кодом А 13.29.002 предусмотрена приказом Минздрава России от 28 октября 2013 г. № 794н, а также приказами Минздрава России от 4 сентября 2012 г. №№ 127н, 128н, 131н, 132н, 133н, 134н. Приказ Минздрава России от 21 октября 2003 г. № 500 предусматривает формирование (или восстановление) у пациентов навыков систематического труда.

Стратегией государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года (п. 37), утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, предусмотрено внедрить в деятельность наркологических учреждений малозатратные технологии и стационарозамещающие формы оказания реабилитационной помощи, включая организацию ЛПМ.

Концепцией модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года (п. «д» раздела V), утвержденной приказом Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263, предусмотрена организация ЛПМ в структуре наркологических учреждений.

Непосредственно регулирует порядок организации ЛПМ приказ Минздрава России от 18 марта 1997 г. № 76, согласно которому в составе РЦ могут создаваться ЛПМ, деятельность которых не должна преследовать коммерческие цели, при этом обеспечивается разнообразие занятий и видов деятельности пациентов с учетом их индивидуальных особенностей, способностей делать выбор и принимать решения (п. 1.10).

Пациентам показаны формы труда, связанные с мелкой моторикой рук (вышивание, пошив, резьба, уход за растениями и животными и т.п.). Труд пациентов не должен рассматриваться как источник дополнительного дохода для медицинского учреждения. Во избежание обоснованных нареканий со стороны надзорных государственных органов по поводу нарушений трудового и бюджетного законодательства, получаемый в процессе трудотерапии полезный продукт, должен обращаться для внутренних надобностей соответствующей медицинской организации без реализации на сторону. Например, пошитые рабочая одежда, постельные принадлежности, выращенные овощи, зелень могут быть использованы для дополнительного обеспечения пациентов.

**ДЕФИЦИТ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ:
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ
ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ**

**Емельянцева Т.А., Марушкина А.В.,
Невмержицкая Т.А.**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь*

В своем исследовании мы исходили из того, что синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей (далее – СДВГ, психиатрический диагноз гиперкинетического расстройства F90) в 25-45% случаев приводит к возникновению тревожных и депрессивных расстройств, включая биполярное аффективное расстройство (далее – БАР). В настоящее время ключевой теорией СДВГ считается нейрокогнитивный дефицит исполнительских функций (далее – ДИФ).

Цель исследования: оценить взаимосвязь ДИФ с тревожными и депрессивными расстройствами у подростков в поиске новых возможностей их профилактики и лечения.

Проведено исследование группы подростков, учащихся колледжа и СШ (n=293) в возрасте 15-18 лет с использованием следующих методов: клинического интервью дефицита исполнительских функций Р. Баркли; шкалы тревоги по Гамильтону; диагностической шкалы депрессивных симптомов у подростков (Depression Self-Rating Scale, DSRS, чувствительность 86%, специфичность 75%).

Результаты. В исследованной группе подростков тревожное расстройство, достигающее клинического уровня по шкале Гамильтона определяется в 9,2%, депрессивное расстройство у подростков по шкале DSRS имеет место в 13% случаев. Как нейрокогнитивный дефицит, ДИФ достоверно определяет развитие тревожных симптомов ($F=3,7$, $p=0,00$) и депрессивных симптомов ($F=2,6$, $p=0,00$)

Выявленный ДЭФ во многом позволяет объяснить, почему подросток порой не способен рассказать о случившемся, назвать свои эмоции (проблема внутренней речи), легко впадает в состояния сильного разочарования или гнева (проблема эмоциональной регуляции), дезорганизован в только в эмоциях, но и в поведении, процессах мышления.

Остается эмпирический вопрос: насколько значимо обратное влияние тревоги на ДИФ?

**ДЕФИЦИТ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ:
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ
ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Емельянцева Т.А., Мартыненко А.С.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья», Минск, Республика Беларусь*

В своем исследовании мы исходили из того, что синдром дефицита внимания и гиперактивности у де-

тей (далее – СДВГ, психиатрический диагноз гиперкинетического расстройства F90) в 90% случаев имеет коморбидность с несоциализированным расстройством поведения и в 40% случаев приводит к развитию асоциального расстройства личности. В настоящее время ключевой теорией СДВГ считается нейрокогнитивный дефицит исполнительских функций (далее – ДИФ).

Цель исследования: оценить различные виды девиантного поведения (далее – ДП) в контексте ДИФ в гендерном аспекте в поиске новых возможностей профилактики развития несоциализированного расстройства поведения и асоциального расстройства личности.

Материалы и методы. Нами было исследовано 125 студентов 1-3 курсов в возрасте 17-21 лет (м=54, ж=71). Проводилось добровольное анкетирование с заполнением опросника склонности к ДП Орела и клиническое интервью ДИФ с использованием валидизированного нами опросника Р. Баркли (2008 г.).

Результаты. Склонность к различным видам ДП достоверно установлена в 6% случаев, несколько в большей степени, но без статистически значимых различий, у лиц мужского пола. ДИФ имеет статистически значимые ($p=0,05$) гендерные различия: 28,38±14,31 баллов у женского пола и 33,24±14,46 баллов у мужского пола. У лиц мужского пола ДИФ в статистически значимой степени ($p<0,05$) определяет проблемы оппозиционного и зависимого поведения. У представительниц женского пола ДИФ в статистически значимой степени ($p<0,05$) определяет более широкий спектр проблем ДП: проблемы эмоциональной регуляции, агрессии, делинквентного и зависимого поведения (значимость по убывающей). Таким образом, у лиц обоих полов риск зависимого (аддиктивного) поведения определяется ДИФ.

Клиническое интервью ДИФ содержит 90 утверждений, отражающих различные аспекты нейрокогнитивного дефицита: оперативной памяти, внутренней речи, эмоционально-волевого контроля как «инструментов одного оркестра».

Выявленные индивидуальные особенности ДЭФ позволяют объяснить, почему подросток (молодой человек) забывает прошлый опыт (проблема оперативной памяти), поступает необдуманно, импульсивно (проблема эмоциональной регуляции), не способен последовательно объяснить, почему он так поступил (проблема внутренней речи), не выполняет обещаний (проблема организации и планирования). В целом, у такого подростка отсутствует «внутренний контроль поведения», который определяется не воспитанием, а дефицит исполнительских функций.

**МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН)
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

¹Зиматкина О.С., ²Коноразов И.И.

¹ГУ «РНПЦ психического здоровья»

²Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Минск, Республика Беларусь

По данным ВОЗ Республика Беларусь (РБ) относится к регионам, в которых наблюдается рост эпидемии ВИЧ, СПИДа (за 10 лет \approx на 150%). Внутривенное употребление наркотиков продолжает оставаться одним из значимых способов передачи ВИЧ.

С 1987 г. по 01.05.2015 г. в РБ зарегистрировано 18 286 случаев ВИЧ-инфекции, проживают – 13 998 ВИЧ-инфицированных граждан, проблемой ВИЧ/СПИДа затронуты 0,15% населения. Сохраняется рост заболеваемости – темп прироста +48,1%. ПИН являются одной из ключевых групп в развитии эпидемического процесса (в 2014 г. заболеваемость – 60,1 на 10 тыс. ПИН по сравнению с 1,9 на 10 тыс. всего нас.).

По мнению ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН и Генеральной Ассамблеи ООН наиболее действенной мерой по сокращению первичной заболеваемости ВИЧ является комплекс мер из: Программа игл и шприцев (ПИШ), Заместительная терапия метадоном (ЗМТ), Консультирование и тестирование на ВИЧ, Антиретровирусная терапия (АРТ).

Цель – оценка мер по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН в РБ.

Для профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН в РБ реализуется комплекс мер по их раннему выявлению, лечению и реабилитации, включающий все виды оказания медицинской и психологической помощи и реабилитации.

Для ПИН, маломотивированных к изменению зависимого поведения, действуют «программы снижения вреда» в виде анонимных консультативных пунктов (ПИШ), на которых проводится тестирование на ВИЧ, обмен использованного инъекционного инструментария на стерильный, выдача средств дезинфекции, контрацепции, направление к врачам инфекционистам, хирургам и др. Особое место занимает ЗМТ, которая применяется в РБ с 2007 г. На 01.12.2015 в РБ открыто 19 пунктов ЗМТ. В центрах социального сопровождения ПИН и лиц, живущих с ВИЧ, проводится их психологическое консультирование и оказание социальной помощи (поиск работы, обучение профессии, материальная помощь семье, помощь юриста).

Традиционная наркологическая помощь включает амбулаторное и стационарное лечение. Завершающим этапом является медицинская реабилитация с последующей поддержкой в группах «Анонимные наркоманы», общественных объединениях и религиозных конфессиях.

**ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Зобин М.Л.

МЦ, Москва

Первые обнадеживающие результаты исследований эффективности психоделических подходов к терапии аддиктивных расстройств с применением ЛСД и псилоцибина были опубликованы в середине прошлого века. В последующем для этих целей использовались мескалин, МДМА, кетамина и других фармакологические агенты растительного и синтетического происхождения. Однако, в связи с растущей популярностью галлюциногенов среди уличных потребителей, исследовательские проекты, связанные с использованием этих соединений в терапевтических целях в 70-х годах были заморожены, а сами они помещены в ограничительные списки. Кроме того, вызываемые психоделиками измененные состояния сознания трактовались как токсические психозы, что, разумеется, расходилось с представлениями о возможности их клинического применения.

В России исследования кетаминовой терапии наркологических расстройств (без использования психоделической терминологии) до середины 90-ых годов проводились группой под руководством Е.М. Крупицкого, пока изыскания не были в связи с внесением кетамина в список психотропных препаратов, оборот которых ограничен.

Пересмотр, в последние годы, многолетних запретов на клинические испытания галлюциногенов ознаменовался оживлением интереса к терапевтическому потенциалу психоделических состояний. В США и некоторых европейских странах появились медицинские центры трансформационной психоделической терапии фармакорезистентных психопатологических состояний и аддиктивных форм поведения. Сегодня клинические разработки в этом направлении позволяют не только реализовать конкретные терапевтические цели, но и приблизиться к пониманию психологических основ трансперсональных переживаний.

Опыт использования кетамина в психотерапевтическом контексте для лечения пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью в европейской клинике показал эффективность и безопасность этого метода. В процессе терапии с помощью кетамина (50-75 мг/кг внутривенно) достигаются пиковые переживания трансперсонального содержания, которые приводят к драматическим сдвигам мировосприятия и духовному росту, облегчая преодоление аддиктивных потребностей.

В процессе открытого исследования кетаминовой психоделической терапии 500 опиоидных аддиктов и 200 пациентов с алкогольной зависимостью не было отмечено ни одного случая угрожающих побочных эффектов в ходе самой терапии или осложнений после ее завершения. Результаты оказались, по крайней мере сопоставимыми с существующими методами проти-

ворецидивной терапии для обеих нозологий. При этом уровень удержания в программе лечения, относительная краткосрочность терапевтического воздействия и минимум противопоказаний делают эту терапию достаточно перспективной для дальнейшего изучения.

Представляется, что существующие ограничения на использование психоделических подходов обусловлены преимущественно инерцией предубеждения, а не потребностями клинической практики. Аддиктивное расстройство, как любое хроническое заболевание характеризуется устойчивостью патологических взаимосвязей, их малой обратимостью и цикличностью функционирования. Дестабилизация этого состояния является важнейшей составляющей необходимых изменений. Психоделические технологии через возникновение прорывных глубинных инсайтов способствуют возникновению новых нейропсихологических конфигураций, позволяя тем самым с большей эффективностью реализовать сознательные цели. В частности, пациентам удается более эффективно дистанцироваться от употребления ПАВ и изменить своего поведение.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСА НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

**Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Ключник Т.П.,
Кобельков Г.М., Олейчик И.В., Абрамова Л.И.,
Столяров С.А., Ложников М.А.**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва*

Цель работы – выявление нейробиологических (ЭЭГ и нейроиммунологических) показателей, информативных в плане прогноза терапевтического ответа при лечении аффективно-бредовых состояний.

Методы. В исследование, проведенное с соблюдением современных норм биомедицинской этики, были включены 45 пациентов (все женщины, 22-46 лет, средний возраст $32,9 \pm 11,4$ лет) с маниакально-бредовыми состояниями в рамках приступообразной шизофрении (F20.01-03, по МКБ-10). Все пациенты получали синдромально обусловленную психофармакотерапию. У всех больных дважды – до начала курса терапии (визит 1) и на этапе становления ремиссии (визит 2) регистрировали количественные клинические (по шкале PANSS), нейрофизиологические (значения спектральной мощности ЭЭГ) и иммунологические (активность лейкоцитарной эластазы ЛЭ как маркера воспаления, а также уровень аутоантител к основному белку миелина ААТ_ОБМ как маркера нейропластических процессов) показатели.

При математической обработке данных вначале вычисляли коэффициенты корреляции между клиническими и нейробиологическими показателями. Затем стро-

или уравнения множественной линейной регрессии, где в качестве зависимых переменных использовались клинические оценки 2-го визита, а в качестве независимых переменных – те из нейробиологических показателей 1-го визита, которые достоверно ($p < 0,05$ ч $0,01$) коррелировали с соответствующим клиническим показателем 2-го визита.

Результаты. Полученные регрессионные модели, включающие всего 3-4 параметра ЭЭГ и один из нейроиммунологических показателей (ЛЭ или ААТ-ОБМ), полученных на 1-м визите, позволяют достоверно ($p < 0,02$ ч $0,002$) прогнозировать индивидуальные значения общей суммы баллов шкалы PANSS и сумм баллов подшкал позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов после курса адекватной терапии (на 2-м визите).

Выводы. Полученные данные подтверждают участие нейроиммунологических и нейропластических механизмов головного мозга в патогенезе маниакально-бредовых состояний. Показано, что комплекс нейрофизиологических и нейроиммунологических показателей информативен для индивидуального прогноза эффективности терапии маниакально-бредовых расстройств.

*Работа поддержана грантом РФФИ
№15-01-00496а.*

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (АНАЛИТИКО- КАТАРТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ)

Ильченко Е.Г., Каравеева Т.А.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Современный этап развития психотерапии отмечен тенденцией к разработке краткосрочных методов. В связи с реформой здравоохранения и развитием рынка платных медицинских услуг проблема сокращения сроков лечения и укорочения времени, затрачиваемого на восстановление трудоспособности пациентов, приобретает особую актуальность. А.А. Александровым была разработана и в последние годы активно внедрялась в практику краткосрочная модель патогенетической психотерапии – аналитико-катартическая терапия. Основной целью планируемой работы является исследование эффективности данной модели посредством изучения динамики клинико-психологических и индивидуально-психологических характеристик больных с тревожными невротическими расстройствами в процессе индивидуальной психотерапии.

Важным этапом в планируемом исследовании является теоретико-методологический отбор методик, отвечающих требованиям оценки эффективности психотерапии на основании литературных данных, современных отечественных и зарубежных исследований, опыта изучения пациентов с невротическими расстройствами в отделении неврозов и психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Исследование для оценки динамики клинико-психологических характеристик больных с тревожными невротическими расстройствами целесообразно проводить в три этапа: до психотерапии, сразу после курса терапии и через полгода (в катамнезе).

Эффективность психотерапии основывается на оценке ряда параметров:

1) степени редукции невротической симптоматики, для чего целесообразно использовать симптоматический опросник SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISE.

2) структурных изменениях личности, формировании более адекватного самоотношения и самооценки. Инструментом для их изучения выбрана «Q-сортировка»;

3) стойкости достигнутых изменений, что может быть подтверждено исследованиями в катамнестическом периоде с помощью специально разработанной Катамнестической карты, Шкалы эффективности психотерапии Института им. В.М. Бехтерева (1979), а также при повторном исследовании с помощью методики «Q-сортировки», исследования копинг-механизмов (COPE).

В виду того, что исследуемый метод лечения относится к краткосрочной психотерапии, особое значение приобретает Методика исследования стадий психотерапии (опросник URICA), позволяющая определить терапевтическую стадию изменения

Неотъемлемым для прогнозирования эффективности психотерапии имеют такие адаптационные характеристики личности, как тип психологической защиты и копинг-стратегии, в связи с чем применяются методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и «Исследование копинг-механизмов» (COPE).

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Исурина Г.Л.

*Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург*

Теоретическая обоснованность психотерапии приобретает особое значение в связи с распространением методов, которые не всегда имеют в своей основе теоретическую концепцию, раскрывающую понятия нормы и патологии, а также определяющую цели вмешательства. Это препятствует эффективной подготовке психотерапевтов, ограничивает возможности использования психотерапевтических методов, изучения их эффективности, создания обоснованных стандартов психотерапевтической помощи.

В настоящее время не существует единого понимания терминов, «психотерапия», «психологическое консультирование», «клинико-психологическое вмешательство». Понимание психотерапии как системы лечебных воздействий на психику и через психику на организм игнорирует специфику воздействия. Более соответствующим сути является ее понимание как лечебного воздействия, осуществляемого психологическими средствами. Психологическое консультирование рассматривается как осуществляемая психологическими средствами помощь человеку в решении трудной ситуации психологического характера. Таким образом, психотерапия и психологическое консультирование осуществляются психологическими средствами и выполняют функции лечения, профилактики и развития, т.е., являются клинико-психологическими вмешательствами. Разграничение этих понятий должно происходить не на основании характеристик клиента, а характеристик и особенностей самого процесса вмешательства (цели, функции, средства).

Важнейшей характеристикой клинико-психологических вмешательств является их теоретическая обоснованность. Научно обоснованная система должна иметь в своей основе концепции нормы и «патологии», содержащие представления о здоровой личности, (психологическую концепцию, раскрывающую детерминанты развития и функционирования личности) и концепцию патологии (концепцию личностных нарушений, которые рассматриваются в контексте соответствующих представлений о норме). Теоретические представления, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология», полностью определяют цели и задачи вмешательства, характер и специфику психотерапевтических воздействий, тактику и стратегии психотерапевта, а также выбор методов.

Понимание психотерапии и психологического консультирования как видов клинико-психологического вмешательства подчеркивает особую роль психологической теории как теоретической основы этих процессов и требует специализации подготовки психотерапевтов в рамках разных теоретических парадигм.

О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПОМОЩИ ПОЛИЦЕЙСКИМ-КОМБАТАНТАМ

¹Ичитовкина Е.Г., ¹Злоказова М.В., ²Соловьев А.Г.

*¹Кировская государственная медицинская академия, Киров
²Северный государственный медицинский университет, Архангельск*

В соответствии с Приказом МВД № 5 от 12.01.2012 «О медико-психологической реабилитации (МПР) сотрудников органов внутренних дел» согласно пункту 1.1.1. после исполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач в особых условиях МПР комбатантов с донологическими невротическими состояниями (в том числе, с выраженными акцентуациями личности, в

анамнезе которых фиксировались транзиторные аффективно-поведенческие реакции) проводится психологами кадровых аппаратов подразделений по работе с личным составом, которые чаще всего имеют педагогическое и социально-психологическое образование и не владеют навыками психотерапевтической работы.

Цель: оценка эффективности изолированной социально-психологической работы с комбатантами в рамках медико-психологической реабилитации, регламентированной Приказом МВД №5от 12.01.2012.

Материалы и методы: были проанализированы реабилитационные карты 196 комбатантов, с которыми на основании вышеуказанного приказа проводилась МПР психологами кадровых подразделений. По данным отчетов, работа включала индивидуальные беседы, аппаратные релаксирующие процедуры с использованием аппарата аудио-визуальной стимуляции «Вояджер».

Анализ результатов показал, что в дальнейшем обращались к психиатрам и психотерапевтам с клинически сформировавшимися пограничными психическими расстройствами 56 чел. (28,5%); отмечали наличие чрезмерной раздражительности и конфликтности преимущественно в быту 41 чел. (20,9%); обращались в течение полугода к врачам общей практики в связи с наличием психосоматических реакций и заболеваний (гипертоническая болезнь, головные боли напряжения, гастродуодениты) – 18 чел. (9,2%). Т.е. в 58,6% случаев подобная МПР была неэффективна.

Выводы: необходимо включить в реабилитацию полицейских-комбатантов после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях медицинскую психотерапевтическую и психиатрическую помощь и внести соответствующие изменения в нормативно-правовые акты МВД.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ЭПОХУ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ОТ ПРЕДПОЛОЖЕНИЙ К ФАКТАМ

Каменюкин А.Г., Ерухимович Ю.А.

*Клиника лечения депрессий и фобий
Центр когнитивно-поведенческой психотерапии и консультирования
Санкт-Петербург*

В своих работах Борис Дмитриевич Карвасарский указывал, что «...методы научно не обоснованной психотерапии обычно не имеют точных показаний, их цели недостаточно ясны (поэтому вопрос об эффективности не может ставиться), часто бывает трудно понять терапевтическую стратегию действий и предположить их результат. Это означает, что такая психотерапия не может быть реконструирована в виде методологически обоснованного воздействия».

За минувшие два века человечество совершило большое количество достижений, в том числе и те, которые позволили увеличить продолжительность жизни

человека и улучшить качество жизни. Однако, несмотря на всю очевидность эволюции цивилизации, сохраняются сферы, где на фоне общего существенного прогресса сохраняются анахронические элементы, к ним относятся психотерапия и клиническая психология.

Очевидно, что никто из современных специалистов-медиков не станет применять для лечения ишемической болезни сердца кровопускание – прием, который был популярен в медицине на протяжении двух тысяч лет, вплоть до конца XIX века, и который в XX и XXI веках был заменен на более эффективные и безопасные методы. Но в психотерапии и клинической психологии до сих пор применяются некоторые сомнительные практики, основанные на умозрительных идеях. Эти практики, лишённые какой-либо доказательной базы своей эффективности и безопасности, в эпоху доказательной медицины (Evidence-based medicine) являются пережитком прошлого, ставящим под угрозу состояние здоровья граждан Российской Федерации. И в лучшем случае, это происходит из-за незнания специалистов, а в худшем – из-за сознательного пренебрежения современными достижениями науки, что приводит к введению в заблуждение пациентов.

XXI век ознаменовался решительным развитием медицинских технологий, базирующихся на принципе доказательности. В начале 90-х годов XX века сформировался подход к медицинской практике – доказательная медицина (англ. Evidence-based medicine – медицина, основанная на доказательствах), при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных. Доказательный подход применяется не только в соматической практике, он позволяет оценивать эффективность психотерапевтических концепций.

По Н.А. Зорину признаками недоказательной медицины являются: мифологизация, понятие «хорошего лечения» как удовлетворение запросов больного (в худшем его понимании), опора на органы чувств («...а мы видим эффект!»), оценка результатов только по инструментальным методам (суррогатные исходы), опора на фундаментальные науки без доказательств, статистика с систематическими ошибками, малые выборки, медицина «авторитетов», стремление к «однозначной определенности» и абсолютным цифрам. Признаки Доказательной медицины (по Н.А. Зорину): демифологизация, построение лечебного процесса на основе научно-обоснованных фактов, «выключение» органов чувств (понимание того, что человеку свойственно видеть то, что он хочет, и не видеть того, чего он видеть не желает), оценка результатов по клиническим исходам, опора на фундаментальные науки и доказательства, на клинические исходы, статистика без систематических ошибок, эпидемиологический масштаб выборки, медицина научных доказательств, использование вероятностных категорий. Борис Дмитриевич

Карвасарский показывал, что «эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности». Он выделял важность теоретической обоснованности: психотерапии и психологическому консультированию необходимо иметь в качестве своей научной основы психологические теории. И подчеркивал, что эмпирическая проверка для психотерапии и психологического консультирования заключается в изучении эффективности воздействий.

С момента опубликования Г.Ю. Айзенком статьи с критической оценкой эффективности психотерапии (Eysenck H.J., 1952) разработано и применяется множество протоколов, позволяющих оценить эффективность разных психотерапевтических методов. Результаты мета-анализов рандомизированных контролируемых исследований эффективности разных методов психотерапии публикуются на различных ресурсах, одним из наиболее авторитетных является Кокрановское (Кокрейновское) сотрудничество (Cochrane Collaboration). Это международная некоммерческая организация, основанная в 1993 году и изучающая эффективность медицинских средств и методик. Результаты исследований в виде систематических обзоров, мета-аналитические материалы публикуются в базе данных Сотрудничества – The Cochrane Library. Кроме того, организация занимается созданием клинических руководств на научно-обоснованной базе. На сегодняшний день, по данным Кокрановской библиотеки, наиболее эффективной является когнитивно-поведенческая психотерапия, которая многократно превосходит по своим терапевтическим возможностям другие подходы.

Как писал Борис Дмитриевич Карвасарский, «из числа отечественных, наиболее научно обоснованной и подтвердившей свою широкую клиническую эффективность индивидуальной формой психотерапии является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на теории отношений Мясищева». Этот метод, безусловно, являясь эффективным психотерапевтическим инструментом нуждается в дополнительном исследовании своей эффективности в соответствии с международными стандартами, что позволит ему обрести серьезную репутацию и выйти на международный рынок, наряду с тщательно изученным когнитивно-поведенческим подходом.

ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ С ИСТЕРИЧЕСКИМ ТИПОМ НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

**Караваева Т.А., Исурина Г.Л.,
Лим А.В., Лысенко И.С.**

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Мотивационная и потребностная сферы являются важнейшими личностными образованиями, изучение

которых может способствовать как более глубокому пониманию роли психологического фактора в этиопатогенезе невротических расстройств, так и определению психотерапевтических мишеней.

Целью исследования являлось исследование особенностей мотивационной сферы больных с истерическим типом невротического расстройства. Изучались выраженность потребностей, актуализирующихся в различных жизненных ситуациях, и наиболее значимые мотивы. Обследован 71 пациент с диагнозом F 44, F 40, F 41 по МКБ-10, находившийся на лечении в СПбНИПНИ им В.М.Бехтерева

Результаты исследования показали, что мотивы больных с невротическими расстройствами в большей степени детерминированы внешними обстоятельствами и условиями, в которых находится личность. Часто выявляемая у пациентов данной группы потребность в самоутверждении не является детерминирующей поведение и носит скорее декларативный характер.

Факторный анализ позволил выделить два основных фактора, невысокий процент общей дисперсии которых может указывать на слабую дифференцировку состояний, связанных с мотивационной сферой. Первый фактор описывает спектр состояний, относящихся к эмоциональному неблагополучию (потребности в безопасности, эмоциональном комфорте, доверительном общении), второй – стремление к общению (общение, развлечения, досуг и отдых) и отражает гедонистическую и эгоцентричную направленность. Выявлено, что подобная мотивация является наиболее значимой, хотя недостаточно осознается.

Пациенты с истерическим типом невротического расстройства испытывают трудности в удовлетворении потребности в общении, что связано с особенностями их реагирования в ситуациях межличностной конфронтации, критической оценки со стороны окружающих. Указанные особенности реагирования характеризуются интенсивностью негативных эмоций, переживанием фрустрации, актуализацией потребностей в безопасности. В связи с этим межличностные отношения приобретают поверхностный характер и направлены преимущественно на получение удовольствия. В результате не может быть удовлетворена потребность в доверительном общении и установлении прочных отношений. Пациенты с истерическим типом невротического расстройства плохо осознают и дифференцируют свои переживания и потребности, что осложняет возможность их удовлетворения и увеличивает эмоциональное напряжение.

Выявленные особенности могут являться специфическими мишенями в процессе психотерапии.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: КРИТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Кибитов А.О.

*ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии» им. В.П. Сербского
Москва*

Генетические исследования показали, что практически все психические заболевания накапливаются в семьях в виде семейной отягощенности, имеют существенный (45-85%) уровень прямого генетического влияния, высокий уровень наследуемости (30-70%) при отсутствии влияния пола и возраста. Все эти факты позволяют рассматривать большинство психических заболеваний с точки зрения медицинской генетики как болезни наследственного предрасположения, мультифакториального генеза и полигенной природы. В рамках биопсихосоциальной модели этиопатогенеза, формирование таких заболеваний происходит при взаимодействии трех доменов (групп факторов): биологического (генетического), личностного и социального, каждый из которых имеет свой уровень генетического контроля. Все домены важны для возникновения, формирования, развития и поддержания заболевания, и, с учетом их тесного взаимодействия, не могут рассматриваться отдельно, а представляют собой единый этиопатогенетический комплекс.

Генетические факторы в виде особенностей генов, контролируемых нейрохимические системы этиопатогенеза заболевания, непосредственно определяют его биологическую основу и существенно влияют на прочие домены и их эффекты. Личностные факторы в виде специфических особенностей темперамента, характера и черт личности, заметны уже в преморбидном периоде как проявления предрасположенности, непосредственно связаны с биологическими факторами и имеют значительный уровень генетического контроля. Влияние социальных факторов опосредуется биологическими и личностными факторами, через которые осуществляется генетический контроль на уровне типов социального функционирования и социальной адаптации. Имеется значительное генетическое влияние на индивидуальный характер реакций на стресс и процессы социализации, формирующие интегральный паттерн эффекта воздействия социальных факторов. С учетом многоуровневого генетического контроля всех доменов этиопатогенеза, роль генетического влияния приобретает критическое значение для конкретного индивидуума.

Генетический риск болезней предрасположения, и психических заболеваний в том числе, как вероятность их развития, обусловленная только генетическими причинами, является следствием совместного участия многих генов, вклад каждого из которых не велик, однако общий эффект значителен и существенно влияет на возраст манифестации, клиническую динамику и уровень терапевтической резистентности. Уровень генетического риска

имеет «спектральный» характер и встречается в популяции в разных вариантах: от минимального до максимального, при этом, наибольший уровень генетического риска имеют лица с высокой степенью предрасположенности – наибольшим давлением «генетического груза». Высокий уровень генетического риска закономерно увеличивает и общий (мультифакториальный) уровень риска, при этом вероятность выявления наследственных форм заболевания у таких индивидуумов существенно повышается.

Уровень генетического риска является исходным и врожденным, а реализация риска – переход вероятности в факт заболевания, происходит при совместном действии личностных и социальных доменов как «триггеров» или «модификаторов» риска. Концепция «спектрального» характера генетического риска логично соотносится с размерной парадигмой диагностики психических заболеваний и позволяет выявить критическую роль генетического влияния в формировании психической патологии с возможностью его количественной оценки.

Генетическим субстратом болезней предрасположения считается феномен генетического полиморфизма: предполагается, что носители разных полиморфных вариантов и их комбинаций имеют разный уровень генетического риска. В рамках диагностических тестов, основанных на анализе ДНК, возможно выявление молекулярно-генетических маркеров риска: полиморфных вариантов генов, носительство которых увеличивает вероятность развития заболевания.

Анализ генетических факторов риска, выявление наследственных форм психических заболеваний и генетических маркеров высокого риска их развития в целях профилактики и повышения эффективности терапии возможны на основе размерного подхода к диагностике и количественных методов анализа с применением валидизированных инструментов в рамках строгого доказательного дизайна.

РИСК РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ И СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ДОФАМИНА (DAT И DBH) С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

**¹Кибитов А.О., ¹Бродянский В.М., ¹Чупрова Н.А.,
²Ивашенко Д.В., ³Шувалов С.А.**

*¹ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва*

²ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург

*³ГАУЗ «Щёлковский районный наркологический диспансер»
Московская область, г. Щёлково*

Цель исследования: выявить влияние генетических факторов в виде семейной отягощенности алкогольной зависимостью и полиморфизма генов белка-переносчика дофамина (SLC6A3(DAT1)) и фермента дофамин-бета-гидроксилазы (DBH) на риск развития тяжелых осложнений синдрома отмены алкоголя (СОА).

Материалы и методы. Обследованы 266 стационарных пациентов с алкогольной зависимостью, мужчин, которые были изучены в двух группах сравнения: СОА с осложнениями (судорожные припадки (СП), делирий (ДЛ), их сочетание (СП+ДЛ), $n=130$) и СОА без осложнений ($n=136$). Генотипирование ДНК проводили по полиморфным локусам генов (SLC6A3(DAT1) (40-bp VNTR 3' UTR, rs27072) и DBH (rs1611115). Информацию о семейной отягощенности, развитии и течении заболевания получали с помощью структурированного интервью.

Результаты. Пациенты с осложнениями СОА чаще имеют семейную отягощенность (СО) (54,6% и 33%, $p=0,001$) и более ранний возраст первой пробы алкоголя (ВППА) ($16\pm 3,53$ и $17\pm 1,66$, $p=0,001$). Логистическая регрессия подтвердила, что СО увеличивает риск развития осложнений СОА в целом ($p=0,001$) и ДЛ ($p=0,003$), а ВППА независимо увеличивает риск осложнений в целом ($p=0,008$), СП ($p=0,04$), ДЛ ($p=0,032$), (ДЛ+СП) ($p=0,048$) и каждый год отсрочки первых проб алкоголя снижает риск на 18-30%. Полиморфные варианты взаимодействуют с ВППА, снижая его негативное влияние на: риск СП – Т DAT (rs27072) ($p=0,04$), риск (ДЛ+СП) ($p=0,023$) и ДЛ ($p=0,06$)-Т DBH (rs1611115). Аллель Т DAT (rs27072) связан с ВППА ($p=0,007$) и увеличивает риск (ДЛ+СП) ($p=0,036$), но снижает риск СП ($p=0,038$) и риск ДЛ ($p=0,021$), но только при взаимодействии с СО. Аллель А9 DAT VNTR связан с СП ($p=0,009$), однако только у носителей А9 с СО повышен риск СП ($p=0,004$) и осложнений СОА ($p=0,001$). Также А9 DATVNTR увеличивает риск ДЛ ($p=0,048$), а при наличии большого количества больных алкогольной зависимостью в семье эффект становится более выраженным ($p=0,014$). Взаимодействие генов А9 DATVNTR х Т DBH (rs1611115) снижает риск ДЛ ($p=0,055$). Независимо от вариантов осложнений СОА, аллель Т DBH (rs1611115) связан с наличием продуктивной психопатологии ($p=0,039$).

Заключение. Генетические факторы в виде семейной отягощенности и полиморфных вариантов генов DAT и DBH увеличивают риск развития осложнений СОА, их взаимодействие имеет максимальный эффект, имеется определенный протективный эффект генетических вариантов в отношении влияния поведенческого фактора риска – раннего возраста первых проб алкоголя. Результаты исследования могут быть использованы в целях эффективной профилактики при условии проведения дополнительных исследований.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕННОСТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ

Китов Я.О., Романов Д.В.

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Депрессивные расстройства включают нарушения мотивационно-потребностной сферы и само-

оценки. Число научных исследований, посвященных изучению изменений системы ценностей (СЦ) у больных депрессиями очень ограничено. Исследования такой направленности позволяют систематизировать представления о психологических особенностях больных депрессиями, способствуют установлению комплаентных отношений и позволяют осуществлять дифференцированное психотерапевтическое лечение депрессивных больных.

Целью работы выступало исследование изменений ценностной системы больных депрессией с различной тяжестью проявлений. Исследуемый контингент включал 73 пациента с депрессией, из них – 32 (43,8%) пациента с легким депрессивным эпизодом, 41 пациент – с тяжелым депрессивным эпизодом (56,2%); оба пола были равно представлены. Все пациенты с тяжелым депрессивным эпизодом находились на лечении в психиатрическом стационаре, большая их часть обнаруживала резидуальные депрессивные бредовые идеи, нарушения витальных функций и негрубые когнитивные расстройства. Группой сравнения выступило 30 здоровых лиц, сопоставимых с исследуемым контингентом по полу и возрасту. Применялись клинико-психопатологический метод и экспериментально-психологический метод (тесты Рокича, Кеттела, Элерса, рисуночные тесты). Выявлено, что больные с депрессивными расстройствами отличались от здоровых лиц превалированием ценностей психического и физического здоровья, ценности интимно-личностных отношений перемещались у них на второй план, а материальное благополучие теряло мотивационную нагрузку. Отмечено, что ценность здоровья возрастала при увеличении тяжести депрессии. СЦ больных с тяжелой депрессией была ориентирована на ценности здоровья, отношений и поддержания самооценки. Ценность поддержания самооценки была менее значимой для больных с легкими депрессиями по сравнению с группой тяжелой депрессии.

Полученные данные могут отражать не только психологические эквиваленты депрессии как патобиологического процесса, затрагивающего когниции и самосознание, но и реакцию личности на болезнь, включая механизмы саногенеза. «Ипохондрический» профиль изменений СЦ наряду со снижением важности системы отношений может рассматриваться как ответ на субъективную тяжесть патологии и проявление тенденции к социальной инкапсуляции. Получено подтверждение представлений необходимости включения психотерапии в комплекс реабилитационных мероприятий у больных, в том числе, и с тяжелыми формами депрессий.

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**¹Климанова С.Г., ^{1,2}Трусова А.В., ²Берзина А.А.,
²Мустафина К.А., ²Шамаева А.Н.**

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
²Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Психотерапевтическая работа – необходимая и обязательная составляющая эффективной программы лечения пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Зависимость становится частью идентичности человека, поэтому сохранение продолжительной ремиссии нередко требует изменения нарратива в рамках терапевтической работы, т.е. реконструкции смысла жизненных событий и переживаний в отношении прошлого, настоящего и будущего. Изучение особенностей субъективного восприятия личностью временного континуума своего жизненного опыта является актуальным направлением исследований в области лечения и профилактики алкогольной и наркотической зависимости.

Цель исследования – сравнительное изучение особенностей временной перспективы личности и семантического дифференциала времени у лиц с химической зависимостью.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 57 пациентов, проходящих стационарное лечение в НИПНИ им. Бехтерева в связи с алкогольной или наркотической зависимостью (F10.25-26, F11.25, F15.25), группу сравнения составили данные 66 здоровых испытуемых (n=123). Участникам предлагалось заполнить автобиографический опросник, Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, и Шкалу семантического дифференциала времени.

Статистические методы – непараметрический критерий Манна-Уитни для сравнения средних значений и коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. В группе больных алкогольной и наркотической зависимостью показатели «Негативного Прошлого» и «Фаталистического Настоящего» были значительно выше ($p < 0.01$ и $p < 0.000$, соответственно) по сравнению с группой здоровых. Данные свидетельствуют о том, что для лиц с зависимостью могут быть более характерны негативная реконструкция прошлых опытов и событий и ощущение отсутствия контроля над настоящими событиями. Также для группы зависимых пациентов было более характерно восприятие прошлого как активного ($p < 0.001$), упорядоченного ($p < 0.006$), и оказывающего значительное влияние на функционирование ($p < 0.016$), восприятие настоящего как пустого и пассивного ($p < 0.01$), но при этом более упорядоченного ($p < 0.000$), и восприятие будущего как более активного ($p < 0.000$), но менее мотивированного и объемного ($p < 0.035$) в сравнении с данными здоровых испытуемых.

Заключение. Данные настоящего исследования необходимо учитывать в психотерапевтической и консультативной работе с пациентами, страдающими зависимостью. Дальнейшее изучение методов реконструирования субъективного восприятия времени поможет в разработке индивидуализированных психотерапевтических программ в рамках лечения и профилактики зависимости.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАРВАСАРСКОГО, ИСУРИНОЙ, ТАШЛЫКОВА

Ковпак Д.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург

В дни чествования восьмидесятилетия Бориса Дмитриевича Карвасарского, стоит отметить вниманием не только сам факт его богатого научного наследия и, в первую очередь, созданную им, его коллегами и последователями единственную методически выстроенную школу отечественной психотерапии – Личностно-ориентированную реконструктивную психотерапию (ЛОРП). Что уже само по себе ярко контрастирует и отличается от подавляющего большинства имеющихся в нашей стране школ, построенных на полном и прямом заимствовании зарубежных видов и систем психотерапии, либо школ, использующих лишь «техники» и их «наборы», при отсутствии системы и четко описанной как теоретической, так и практической методологии.

Еще более ценным было бы раскрыть и разъяснить отечественным и зарубежным специалистам в области психотерапии, и даже шире, в области здравоохранения и практической психологии, богатейший потенциал этой школы, обеспеченный фундаментальным научным вкладом учителя Бориса Дмитриевича, Владимира Николаевича Мяснищева, чья блестящая идея и глубокая теория конфликтов и системы отношений и легли в основу методологически описанной уже Карвасарским и его последователями психотерапии. Из подаренного учителем алмаза, талантливый и прозорливый ученик смог показать остальным специалистам под тусклым слоем научных дефиниций грани проступающего бриллианта, бесценного практического инструмента работы с человеческой психикой. Но, алмаз оказался настолько крупным, что многие сочли бриллиант за подделку и более дешевую копию настоящей драгоценности, либо просто не понимали сути предмета. А шлифовка граней заняла, к сожалению, отрезок больший, чем физическая жизнь Бориса Дмитриевича. Тем более важной задачей для его последователей и учеников является не просто сохранить наследие Б.Д. Карвасарского, но и активно продолжить дело его жизни, сохраняя связь времен и передачу традиций поколений Б.Д. Карвасарский – В.Н. Мяснишев – А.Ф. Лазурский – В.М. Бехтерев.

В чем же именно выдающиеся особенности ЛОРП, которые следует прояснять, развивать и даже позиционировать в психотерапевтическом сообществе и здравоохранении? Это ее феноменальная глубинность, наиболее приближающая ее к обобщающей мета-теории психотерапии и возможность интеграции на этой научной основе не только видов и методов психотерапии, но применительно к практике с конкретным пациентом – возможность интеграции его психического функционирования вследствие реконструкции его системы отношений, и через психику и ее посредством – восстановление гармоничного функционирования на организменном и социальном уровнях.

Любая психология личности и каждое психотерапевтическое направление уделяет центральное внимание трем основным компонентам личности: когнитивному, эмоциональному и поведенческому, решая вопрос, какой из них приоритетнее для решения практической цели терапии. Это способствует тому, что идея интегративной психотерапии, и возможность ее реализации является по-прежнему предметом глубоких дискуссий, в которых нередко сталкиваются полярные взгляды на эту проблему. По мнению даже соавтора ЛОРП Г.Л. Исуриной (2012), интегративная психотерапия – это миф, связанный с нежеланием или невозможностью теоретического самоопределения психотерапевтов и отсутствием у них систематической подготовки. Потребность в интеграции, по ее мнению, связана с недостаточно качественной специализированной подготовкой психотерапевтов, и с этим же связано их нежелание выбора для себя определенного психотерапевтического направления или метода.

Одним из решений стратегических задач, таких как развитие ЛОРП до уровня обобщающей модели психотерапии и повышение ее ориентированности на практику специалистов, могло бы являться более активное использование и развитие ее когнитивно-поведенческой составляющей, аспекта ЛОРП, который изначально рассматривается как одна из ведущих основ. Она могла бы обеспечить более четкий алгоритм работы с пациентом, отработанный в практической методологии когнитивно-поведенческого направления психотерапии.

Глубинность не только теории, но и самой практики ЛОРП обусловлена необходимостью решения в ходе психотерапии стратегических задач, таких как реконструкция и гармонизация нарушенной системы отношений личности. Однако, технический инструментарий для последовательного, качественного и верифицированного осуществления этих целей описан в ЛОРП достаточно общим теоретическим языком. В этом отношении, ярким примером структурированности, транспарентности и алгоритмизированности практики является когнитивно-поведенческая терапия. Современная когнитивная психотерапия является высокоэффективным, структурированным, относительно краткосрочным и экономичным подходом к лечению широкого спектра нарушений психического. На протяжении полувековой истории

своего существования этот подход претерпел значительное развитие и методологическую эволюцию.

Сформулированные вначале задачи ЛОРП, основанные на положениях, разработанных В.Н. Мясичевым, по сути дела отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса – от изучения личности пациента и пациентом своих особенностей, через их осознание, к коррекции нарушенных отношений личности – и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако ЛОРП не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) – сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов. В отличие от психоанализа, в ЛОРП речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании большими представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий и другими близкими к практике кпт методами.

Рассматривая Личностно-ориентированную реконструктивную психотерапию и когнитивно-поведенческое направление психотерапии с точки зрения методологии, можно выделить их схожее стремление к интеграции. Когнитивно-поведенческая психотерапия сама, как самостоятельное направление, складывалась в результате интеграции идей психодинамической традиции с достижениями экспериментальной, прежде всего, поведенческой и когнитивной психологии. Эллис и Бек могут рассматриваться как протагонисты структурной модели, в которой подчеркивается значение когниций как структурирующих и регулирующих компонентов для эмоциональных, мотивационных, физиологических и моторных процессов. Когнициям приписывают *per se* центральное значение, что выходит за рамки их простого учета внутри парадигмы обусловливания (например, Cautela, 1966).

В 1980-х гг. интерес к интеграции расширился за пределы психоаналитической и поведенческой концепций. В 1979 г. Марвин Голдфрид, Пол Уотчел и Ганс Страпп основали ассоциацию сторонников интеграции в психотерапии и стали выпускать информационный бюллетень.

Уже с конца 80-х годов три наиболее популярных в практике психотерапии варианта интеграции включают когнитивную теорию. Это когнитивно-поведенческая, когнитивно-гуманистическая и когнитивно-психоаналитическая комбинации. А.А. Александров (2009) также считал интеграцию в психотерапии не просто закономерным, но даже неизбежным процессом ее эволюционного развития и описывает различные ее варианты. Интеграция в психотерапии, ведущая к созданию новой системы, объединяющей различные теоретические подходы и практические методы, предполагает системный подход к анализу ее структуры и основных характеристик, а также фокусирование внимания на ее системных свойствах.

Необходимо отметить, что и практика ЛОРП активно задействует в своей работе все теории научения. Научение в рамках ЛОРП осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

Резюмируя, эти отдельные теоретические и практические послы, можно еще раз отметить необходимость не только сохранения школы ЛОРП, но и ее дальнейшего развития. Раскрытие ее большого потенциала возможно разными путями. Представленный в статье короткий обзор предлагает обратить внимание на возможность использования практической методологии когнитивно-поведенческого направления психотерапии и ее опыта интеграции. Это может помочь более четко структурировать практику специалистов использующих ЛОРП, активнее использовать формирование контракта, прояснить преимущества качественной концептуализации пациента, четче видеть «мишени» терапии, более осознанно ориентироваться в этапах, целях и задачах терапии на каждом из них. В тоже время, путем практической проверки будет продолжаться активно шлифоваться и теория ЛОРП, в потенциале претендующая на роль обобщающей мета-теории психотерапии.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ИНТЕГРАЦИИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ПСИХИАТРИИ, НА ПРИМЕРЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Колесова Ю.П.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

В настоящее время, отмечается тенденция к увеличению количества психосоматических и соматоформных расстройств, как среди взрослых, так и среди детей. Активно развиваются научные исследования в области психосоматической медицины, направленные на изучение различных форм соматизаций аффективных нарушений, что, однако, не приводит к ожидаемой интеграции и преемственности между специалистами общемедицинского и

психиатрического (психотерапевтического) профиля. Специалисты первичного и вторичного звеньев общесоматической практики, очень ограниченно владеют навыками диагностики и терапии аффективных, невротических и, тем более, соматизированных расстройств. Направление на консультацию к психотерапевту или психиатру осуществляется, зачастую, по остаточному принципу, из числа наиболее «назойливых» пациентов. Кроме того, есть большая вероятность столкнуться с ограничениями со стороны самих пациентов, обусловленными страхом стигматизации, или самостигматизации, боязнью возможных социальных ограничений, последующими за обращением к психиатру или психотерапевту.

Одним из ярких примеров соматизации аффективных расстройств, является головная боль напряжения. Было проведено исследование, которое показало затруднения в диагностике, дифференциальной диагностике и терапии этого распространенного, среди пациентов первичного и вторичного звена пациентов, расстройства. Выявлены основные факторы, гиподиагностики: недостаточная осведомленность докторов первичного звена как о наличии ГБН, так и о соматизированных, психосоматических расстройствах, наличие диагностического стереотипа, не допускающего существование головной боли, не обусловленной органически и соматически.

По материалам исследования был создан алгоритм диагностики, дифференциальной диагностики и терапии головной боли напряжения. Сформированы методические указания и практическое руководство для врачей общей практики, была проведена образовательная работа.

Таким образом, для преодоления существующей разобщенности между соматической медициной и психиатрией, необходимы дальнейшие шаги по образовательной интеграции, организации доступной психотерапевтической помощи, просветительской работе с населением.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДОФАМИНОВОЙ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

**Копытов Ан.В., Павлов К.И., Титов Л.П.,
Копытов Ал.В.**

*Белорусский государственный медицинский университет
ГУ РНПЦ эпидемиологии и микробиологии
Лепельская областная психиатрическая больница
Минск, Республика Беларусь*

Гены отвечают примерно за половину риска для формирования алкогольной зависимости (АЗ). Особенно остро стоит вопрос об использовании результатов клинико-генетических исследований в практическом здравоохранении. Связь с АЗ обнаружена для генов дофаминовой нейромедиаторной системы (ДНС), задействованных в переносе (DAT1) и метаболизме (MAOA, COMT) дофамина.

Цель исследования – обосновать эффективные методы терапии у лиц, страдающих АЗ с учетом клинико-генетических особенностей, ассоциированных с дофаминовой нейромедиаторной системой (ДНС).

Материалы и методы исследования. Основная группа (ОГ) состояла из 377 лиц мужского пола (27,6±0,4 лет), страдающих АЗ. Изучена длительность ремиссии в 4 группах пациентов: Ia – лица с носительством однонуклеотидных полиморфизмов гена COMT (rs4680) и применением индивидуальной патогенетической терапии (ИПТ); Ib – группа лиц с носительством гена COMT (rs4680) без применения ИПТ; Ic – в группа лиц без носительства гена COMT (rs4680) и применением ИПТ, влияющей на ДНС; Id – в группа лиц без носительства однонуклеотидных полиморфизмов (ОПГ) гена COMT (rs4680) и без применения ИПТ, влияющей на ДНС.

Молекулярно-генетические проводились с использованием метода ПЦР. Оценены генотипы ОПГ: фермента катехол-О-метил-трансферазы (COMT /rs4680/).

Результаты исследования. У лиц мужского пола Республики Беларусь, страдающих АЗ: применение патогенетической фармакотерапии с носительством ОПГ ДНС (аллеля H и генотипа HH гена COMT (rs4680) при назначении препаратов, влияющих на обмен дофамина обеспечивает снижение ППВА, по сравнению с другими группами лиц, где патогенетические механизмы не учитывались; применение патогенетической фармакотерапии с носительством ОПГ ДНС (генотипа HH гена COMT (rs4680) при назначении препаратов, влияющих на обмен дофамина (кутипин, кветиапин) обеспечивает достоверно более длительные ремиссии по сравнению с другими группами лиц, где патогенетические механизмы не учитывались; с нормальным генотипическим статусом при назначении антипсихотиков отмечалось усиление ППВА; применение адекватной патогенетической терапии с учетом клинико-биологических (генетических) особенностей позволяет обеспечить более эффективные результаты лечения в виде увеличения продолжительности ремиссий у данного контингента.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРОТОНИНОВОЙ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Копытов Ан.В., Павлов К.И., Титов Л.П., Копытов Ал.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
ГУ РНПЦ эпидемиологии и микробиологии
Лепельская областная психиатрическая больница
Минск, Республика Беларусь*

Серотонин (5-НТ) является нейромедиатором, который исследован как медиатор базовых эффектов алкоголя.

Цель исследования – обосновать эффективные методы терапии у лиц, страдающих АЗ с учетом клини-

ко-генетических особенностей, ассоциированных с серотониновой нейромедиаторной системой (СНС).

Материалы и методы исследования. Основная группа (ОГ) состояла из 377 лиц мужского пола (27,6±0,4 лет), страдающих АЗ. Изучена длительность ремиссии в 4 группах пациентов: лица с носительством однонуклеотидных полиморфизмов гена белков переносчиков серотонина SLC6A4 (5HTTLPR) и применением индивидуальной патогенетической терапии (ИПТ); лица с носительством гена SLC6A4 (5HTTLPR) без применения ИПТ; лица без носительства гена SLC6A4 (5HTTLPR) и применением ИПТ, влияющей на СНС; лица без носительства однонуклеотидных полиморфизмов (ОПГ) гена SLC6A4 (5HTTLPR) и без применения ИПТ, влияющей на СНС.

Молекулярно-генетические проводились с использованием метода ПЦР. Оценены генотипы ОПГ: гена белков переносчиков серотонина SLC6A4 (5HTTLPR).

Результаты исследования. Аллель L и генотип LL (наследуемый по рецессивному типу) SLC6A4 (5-HTTLPR) предрасполагает к быстрому формированию АЗ ($\chi^2=10,1$; $p<0,05$). С учетом вышепредставленных актуальных патогенетических факторов произведено назначение препаратов, влияющих на СНС. При наличии носительства ОПГ SLC6A4 (5-HTTLPR) (генотип LL и аллель L) назначение СИОЗС (флувоксин, флувоксамин) длительность ремиссии составляла 10,6 месяцев у 40%, а у 60% наблюдалась более года (12,9 месяцев). В группе лиц с носительством ОПГ SLC6A4 (5-HTTLPR) без применения ИПТ средний срок ремиссии составлял у 95% менее 2,1 месяца, у оставшихся – 1,4 месяца. В группе лиц без носительства ОПГ SLC6A4 (5-HTTLPR) и применением ИПТ, влияющей на СНС у 86% составил 3,2 месяца. У оставшихся от 2-3 месяцев. В группе лиц без носительства ОПГ SLC6A4 (5-HTTLPR) без применения ИПТ, влияющей на СНС, у 28% составил 1,6 месяца, у 36% – 2,2 месяца, у 46% – 3,3 месяца.

У лиц мужского пола, страдающих АЗ: применение ИПТ с носительством ОПГ СНС (генотип LL SLC6A4 (5HTTLPR) при назначении препаратов, влияющих на обмен серотонина (СИОЗС) обеспечивает более продолжительные ремиссии, по сравнению с другими группами лиц, где патогенетические механизмы не учитывались.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.

*Научно-исследовательский институт наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва*

Актуальность изучения проблемы немедицинского потребления психоактивных веществ (ПАВ), включая табак, алкоголь и наркотики, объясняется высоким уровнем

распространенности этих явлений в Российской Федерации и их тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. В последние годы ситуация с потреблением наркотиков и других ПАВ признана одной из важнейших проблем современного российского и мирового сообщества. Главная задача, которая стоит перед эпидемиологией в наркологии, – состоит в выявлении возможных причинных факторов возникновения зависимости от ПАВ.

В качестве примера эпидемиологического направления исследований можно привести работы Группы сотрудничества для борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков в рамках Европейского Сообщества (Группа Помпиду), в которых четко формулируются цели и задачи сбора эпидемиологической информации, составляются национальные обзоры по проблеме наркотиков, оценивается европейская ситуация по наркоманиям. На территории России примером эпидемиологического исследования в наркологии может служить сборник «Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации» ежегодно подготавливаемый Научно-исследовательским институтом наркологии – филиалом ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Одним из важнейших вопросов в разработке, внедрении и оценке профилактических программ является связь и значимость эпидемиологической информации и исследований с практической деятельностью по реализации профилактических программ и соответственно с оценкой распространенности потребления психоактивных веществ на этапе до внедрения программы, и после ее завершения.

Эпидемиологический анализ предлагает мощный инструментарий для изучения уровня распространенности потребления психоактивных веществ, позволяет выделить сложные элементы феномена, определить факторы риска, группы риска и рискованные ситуации, связанные с употреблением наркотиков, с развитием зависимости и ее последствия. Эпидемиологический анализ может внести свою лепту в идентификацию возникающих тенденций и в оценку принимаемых мер. При помощи эпидемиологических исследований можно выявить модели употребления психоактивных веществ и проблемы, связанные с употреблением наркотиков, которые имеют важное значение для выработки теоретических обоснований профилактических мероприятий.

Потенциал эпидемиологических исследований до сих пор полностью не используется, и еще реже результаты этих исследований используются в практической деятельности лиц, вовлеченных в профилактическую работу. Необходимо отметить, что информация и анализ данных на национальном уровне дают общую картину, но для повышения эффективности профилактической работы на местах необходимо взаимодействие, как властей, так и законодателей, исследователей и работников практических сфер.

ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Костина Н.В., Романов Д.В.

*ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова»
Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Среди психических расстройств, связанных с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), наиболее часто встречаются аффективные нарушения (АН). АН ухудшают прогноз течения основного заболевания и негативно влияют на эффективность лечебно-реабилитационных. **Целью данного исследования** выступала разработка программы психотерапевтических мероприятий для больных с АН после перенесенного ИМ на санаторном этапе и оценка ее эффективности.

Структура психотерапевтических мероприятий в санатории включает два этапа. I этап – неспециализированная психотерапия. Среда кардиологического санатория и его охранительный режим рассматривается как «контейнер» аффектов тревоги и страха. Логически выстроенный, упорядоченный формат реабилитационного режима выступает самостоятельным психотерапевтическим фоновым фактором. В связи с важностью создания для пациентов атмосферы психологической поддержки, целесообразно проведение регулярных образовательных психотерапевтических семинаров с врачами и средним медицинским персоналом санатория. II этап психотерапевтической помощи – специализированная психотерапия. Психотерапевтическая стратегия предусматривает поддержание внимания к пациенту и его чувствам, предоставление вербальной обратной связи и содействие поддержанию охранительного режима. Психотерапевтический курс включает ежедневные групповые психотерапевтические занятия. Они проводятся в форме образовательных лекций в первой его части и обучения методикам психической саморегуляции во второй. В исследование были включены 120 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, развившимися после перенесенного ИМ, из них мужчин – 97 человек (80,8%), женщин – 23 человека (9,2%). Средний возраст пациентов составил 51,1±12,7 лет. Было сформировано три группы больных – получающих СИОЗС (43 пациента), психотерапевтическое лечение (38 пациентов), и группа больных, получавших комбинированную терапию (39 человек). Оценку эффективности терапии проводили с помощью шкал депрессии и тревоги Гамильтона и опросника депрессии Бека. Проведенное сравнение эффективности показало, что комбинированная терапия была более эффективной по сравнению с монотерапией антидепрессантами или психотерапией. Разработанная модель психотерапии больных с аффективными расстройствами после перенесенного инфаркта миокарда выступает необходимым условием эффективной санаторной реабилитации данной группы пациентов.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ОБОСТРЕНИЙ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ХМАО-ЮГРЫ

Кот Т.Л.

*Ханты-мансийская государственная медицинская академия
Ханты-Мансийск*

Ретроспективно проанализирована 181 история болезни пациентов с диагнозом «депрессивное расстройство», из них 58 человек – с депрессией эндогенной этиологии (первая подгруппа) и 123 человека с депрессией, обусловленной экзогенными факторами (вторая подгруппа). Глубина поиска 12 лет. При анализе сезонности обострений использовались результаты многолетних метеонаблюдений, в которых выделена характерная для ХМАО-Югры продолжительность сезонов. Осень: с 05 сентября по 11 октября; зима: с 12 октября по 27 апреля; весна: с 28 апреля по 09 июня; лето: с 10 июня по 04 сентября.

Анализ сезонной структуры заболеваемости показал следующее. В рамках общепринятой сезонности пик обострений приходится на осенний (57 случаев или 31,5%) и на летний периоды (52 случая или 28,7%), на зиму и весну приходится 37 случаев (20,4%) и 35 случаев госпитализации (19,3%) соответственно. При анализе аналогичных показателей с учетом фактической сезонности: пик госпитализаций приходится на зиму (82 случая или 45,3%), 54 случая (29,9%) – на летний период, 21 случай (11,6%) – на весну и 24 (13,2%) – на осень.

В первой подгруппе при использовании общепринятой схемы сезонов года пик обострений – осень (22 случая или 37,9%), на лето приходится 15 случаев (25,8%), на зиму – 14 случаев (24,1%), на весну – лишь 7 случаев (12,2%). При изменении сезонности на фактическую максимальное количество обострений наблюдается зимой – 28 случаев или 48,2%, количество госпитализаций летом – 15 или 25,8%, количество госпитализаций в осеннее и весеннее времена года – 9 (15,5%) и 6 (10,3%). Во второй подгруппе при классической схеме сезонности наибольшее число поступлений зарегистрировано летом (37 случаев или 30,0%) и осенью (35 случаев или 28,4%), 28 случаев (22,7%) и 23 случая (18,6%) – весной и зимой. В рамках фактической сезонности пик обострений также приходится на зимний период – 55 случаев или 44,7%, несколько меньшее число – на лето, 38 случаев или 30,8%, по 15 случаев (12,1%) зарегистрировано осенью и весной.

Исходя из полученных результатов, можно говорить о существующем влиянии измененной сезонности ХМАО-Югры на течение депрессий в данном регионе, что проявляется отличием количества обострений в рамках общепринятой сезонности от количества обострений в рамках фактической сезонности ХМАО-Югры.

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ

Коцюбинский А.П.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

В настоящее время большинством исследователей принята биопсихосоциальная концепция психических заболеваний. Базовым ее положением является обязательное участие в возникновении и развитии психопатологии трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологического, психологического и социального. Соответственно большое значение придается изучению психосоциальных факторов, актуализирующих биологическую предрасположенность к психическому заболеванию.

Биопсихосоциальная концепция психических заболеваний основана на следующих моделях их этиопатогенеза: «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» и «адаптационно-компенсаторная».

Основным постулатом модели «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» является динамическая взаимосвязь определяющих ее параметров в возникновении и развитии психического расстройства. Основным постулатом «адаптационно-компенсаторной модели» является признание ведущей роли адаптационно-компенсаторных механизмов как в формировании психопатологических феноменов, так и в клиническом и социальном восстановлении психически больных. Именно адаптационно-компенсаторные возможности больного определяют характер его функционирования в целом и способность совладать со стрессами, встречающимися на жизненном пути индивида, в том числе и с таким мощным, каким является психическое заболевание. Адаптационно-компенсаторная модель позволяет анализировать механизмы развития болезни как совокупность защитных реакций в ответ на действие болезнетворного фактора. И именно «адаптационный контекст» служит «интегративным фактором» психопатологии (Тен В.И., 2008).

Очевидно, что вышеперечисленные этиопатогенетические модели, определяющие биопсихосоциальную концепцию болезни, не только не являются антагонистическими, но, взаимно дополняя одна другую, в совокупности создают единое представление о полиэтиологическом механизме развития психического заболевания и возможностях противостояния ему. С большой дозой условности можно сказать, что биопсихосоциальная концепция центрирована на целостном рассмотрении условий развития психических расстройств, при этом уязвимость-диатез-стрессовая модель – преимущественно на процессе возникновения заболевания и его течения, а адаптационно-компенсаторная модель – на механизмах формирования его синдромологии, определяющих жизнь индивидуума с психическими расстройствами.

В связи с развитием идей о биопсихосоциальной сущности психических болезней в последние годы воз-

ника необходимость в таком многоосевом диагностическом подходе, который бы, в отличие от имеющихся мультиаксиальных разработок, базировался на определенных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья. Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический (целостный) подход (Ястребов В.С. и др., 2008; Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., 2013).

Холистический подход в области психического здоровья дает возможность более широкого, многогранного и целостного понимания природы человека, ориентируя врача не только на учет, но и на анализ взаимодействия физических, психических и социальных факторов, влияющих на функциональное состояние пациента, и предполагает постановку биологического (клинико-психопатологического), психологического, социального и функционального диагнозов.

МОНИТОРИНГ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ

Кошкина Е.А.

*Московский научно-практический центр наркологии
Департамент здравоохранения города Москвы
Москва*

Актуальной задачей в сфере первичной профилактики является получение с помощью мониторинга своевременной объективной информации, реально отражающей состояние и уровень распространенности психоактивных веществ (ПАВ) среди населения в российском обществе, и формирование на ее основе рекомендаций по профилактике. Мониторинг наркологической ситуации осуществляется: на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Целями осуществления мониторинга являются определение состояния распространенности наркологических заболеваний и оценка эффективности проводимой антинаркотической и антиалкогольной политики, а также формирование предложений по ее оптимизации.

Основными задачами мониторинга наркологической ситуации являются непрерывное получение и анализ информации о распространенности наркологических заболеваний, профилактических вмешательств, лечения, медицинской реабилитации лиц, употребляющих ПАВ. Предметом мониторинга является своевременное выявление негативных тенденций развития наркологической ситуации и прогнозирование наркологической ситуации с выработкой предложений по ее улучшению.

Мониторинг осуществляется с использованием статистических сведений, получаемых из территориальных органов, федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и

организаций и подготовка информационно-аналитических материалов. Для мониторинга также используются результаты социологических исследований.

Данные федерального статистического наблюдения собираются и анализируются ежегодно, и на основании результатов этого анализа разрабатываются меры по повышению качества оказания специализированной наркологической помощи, и в том числе профилактики наркомании и алкоголизма. Наиболее точно данные о численности больных наркологического профиля отражают сведения об их госпитализации и первичных обращениях в психиатрические, наркологические и соматические отделения больниц и диспансеров.

В России для оценки наркологической ситуации и потребности в профилактических вмешательствах активно используют опросные методы. Однако применение опросных методов для оценки наркологической ситуации имеет целый ряд ограничений при проведении исследований в «скрытых» популяциях, таких как, например, заключенные в места лишения свободы и т.д. При оценке наркологической ситуации среди несовершеннолетних используют как опросные методы, так и интервью.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К МЕТОДОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Кремлева О.В.

*ГБОУ ВПО Уральский государственный
медицинский университет МЗ РФ
Екатеринбург*

Область методологии преподавания клинической психотерапии нуждается в существенном пересмотре. Современная методология остается эклектичной, зачастую упускается из виду расхождение между биомедицинской моделью традиционной психиатрической подготовки и современной биопсихосоциальной парадигмой, с точки зрения которой эффективное использование психологических вмешательств требует тщательной концептуализации многофакторных механизмов как психопатологии, так и механизмов психотерапии. Пересмотр методологии актуализирован все нарастающим числом методов в рамках все более дробящихся и пересекающихся направлений и школ психотерапии. Эти тенденции должны учитываться при подготовке психотерапевтов, особенно при первичной подготовке, которая не подразумевает приверженности какой-то одной школе психотерапии. Сегодня психиатры, обучающиеся психотерапии, осваивают психотерапевтические техники, не вполне понимая их действия, условий их применения и соотношения с результатами. Такой дефицит концептуализации затрудняет приложении теорий к практике психотерапии, заставляя психотерапевта идти по ошибочному пути «пациент для психотерапии» вместо «психотерапия для пациента». Каждая теория представляет (если представляет!) свои объяснения ме-

ханизмов возникновения патологии, и свои стратегии. Изучая эти разные подходы практически одновременно, будущие психотерапевты могут легко запутаться в области оценки состояния человека, выработке рекомендаций и выборе лечебной помощи. В области клинической психотерапии этот хаос становится порой опасным для пациентов и разрушительным для самих психотерапевтов. Чтобы избежать этих осложнений, мы предлагаем новый тип методологии преподавания психотерапии – от простого к сложному, от элементов – к целостности интеграции, сосредоточившись первично на изучении универсальных, а затем и специфичных механизмов психологического вмешательства. Этот методологический подход позволяет лучшую концептуализацию психотерапевтической работы, осознанное обоснование выборов мишеней терапии и терапевтических стратегий. Свою методологию мы основываем на современных исследованиях, указывающих, что, несмотря на разницу подходов, все психотерапии имеют нечто глобально общее: изменение в качестве цели, психологические мишени, процесс, агенты изменения, и др. Такая пропедевтика психотерапии способна интегрировать знания, полученные в рамках современных психологических и нейронаук и подвести общий теоретический и методологический фундамент под практику психотерапии.

ТИПЫ ПРИСОЕДИНЯЮЩЕЙ СВЯЗИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Кремлева О.В., Лозовой В.В., Лозовая Т.В.

*ГБОУ ВПО Уральский государственный
медицинский университет МЗ РФ
Екатеринбург*

Растущее число исследований стиля взрослого присоединения (attachment) указывает на его ассоциацию с качеством взаимосвязей. Качество терапевтической взаимосвязи существенно важно для исходов психотерапии, что предъявляет особые требования к лично-профессиональным качествам психотерапевтов. Чувствительность к опыту пациента может быть связана со стилем присоединения, а в процессе психотерапии сам психотерапевт становится фигурой присоединения, что актуализирует необходимость исследований стиля присоединения у психотерапевтов. 29 психиатров (18 женщин, 11 мужчин в возрасте от 29 до 58 лет; $M=38.3$, $SD=8.6$) в процессе первичной переподготовки по психотерапии провели самоисследование стиля взрослого присоединения. Для этого использовалась русскоязычная версия The Relationship Questionnaire (Bartholomew K., Horowitz L.M., 1991; адаптирован О.В. Кремлевой, 2010). У 51,7% выявлен безопасный стиль присоединения, что сходно с данными, приведенными авторами опросника (60-65% взрослой популяции). В другой половине исследуемых выявлены тревожно-обеспокоенный (20,7%), боязливо-избегающий (13,8%) и дисмиссивно-

избегающий (10,3%) стили присоединения, считающиеся небезопасными. Лишь у 1 исследуемого преобладающий стиль не был выявлен. Полученные данные подразумевают, что лишь половина психотерапевтов обладает безопасным стилем присоединения, чувствуя себя как комфортно в близости, так и достаточно независимо в интеракциях с пациентами. Психотерапевты с тревожно-обеспокоенным стилем присоединения могут испытывать затруднения в создании терапевтического альянса в силу присущей им эмоциональной экспрессивности, беспокорства и импульсивности в своих взаимосвязях с пациентами. Боязливо-избегающий стиль присоединения способен склонить психотерапевта к зависимости о своих пациентов, избыточному принятию ответственности и приводить как к затягиванию лечебного курса, так и к высокому риску эмоционального выгорания. Психотерапевты с дисмиссивно-избегающим стилем присоединения вследствие склонности подавлять и прятать свои чувства, дистанцироваться от воспринимаемых источников отвержения, вряд ли способны создавать прочный и теплый союз с пациентом, защищаясь от установления взаимосвязи. Таким образом идентификация стиля присоединения дает психотерапевтам новую парадигму для понимания стратегий регуляции своих аффектов, динамики межличностных взаимосвязей и терапевтического альянса и надежду на оптимизацию неспецифических факторов психотерапии для оптимизации ее эффективности.

АССОЦИИИ ТИПА ПРИСОЕДИНЯЮЩЕЙ СВЯЗИ НАЧИНАЮЩИХ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ С СУПЕРВИЗОРСКИМИ ОЦЕНКАМИ НАВЫКОВ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ

Кремлева О.В., Лозовой В.В., Лозовая Т.В.

*ГБОУ ВПО Уральский государственный
медицинский университет МЗ РФ
Екатеринбург*

Эффективность психотерапевта во многом определяется его лично-профессиональными качествами, приобретаемыми в процессе тренингов. Предшествующее исследование продемонстрировало возможность влияния стиля взрослого присоединения на качество терапевтического альянса. Эта гипотеза была проверена в настоящем исследовании, целью которого являлось изучение взаимосвязи стиля взрослого присоединения психотерапевтов с супервизорскими оценками их навыков активного слушания, приобретенных в тренинге навыков терапевтического контакта. Систематический тренинг навыков с использованием очного наблюдения и видеозаписей взаимодействия психотерапевтов в ролевой игре проводился в рамках первичной подготовки по психотерапии у 29 психиатров (18 женщин, 11 мужчин в возрасте от 29 до 58 лет; $M=38.3$, $SD=8.6$). Оценки мастерства выполнения участниками тренинга элемен-

тов навыков активного слушания оценивались в баллах преподавателем, осуществляющим супервизию, и по завершении тренинга суммировались как итоговая оценка. Оценка ранжировалась от 1 до 10 баллов ($M=38.3$, $SD=1.1$). В итоге относительно высокая оценка (6 и > баллов) зафиксирована у 24,1%, относительно низкая (5 и < баллов) – у 75,9% участников тренинга. Данные самоисследования стиля взрослого присоединения по русскоязычной версии The Relationship Questionnaire (Bartholomew K., Horowitz L.M., 1991; адаптирован О.В. Кремлевой, 2010) в данной выборке были взяты из электронной базы предыдущего исследования и участвовали в последующем корреляционном анализе наряду с оценками супервизора. Выявлена значимая и сильная связь супервизорской оценки лишь с одним стилем присоединения – боязливо-избегающим (V Крамера 0.548, $p=0.02$). Однако выявленная корреляция была позитивной, что опровергло гипотезу негативного вклада боязливо-избегающего стиля психотерапевта в качество альянса. Предполагается, что такой стиль препятствует альянсу, поскольку повышает дискомфорт при близости, актуализируя негативное мнение о себе, но его владельцы в действительности желают эмоционально близких отношений, несмотря на смешанные чувства и сомнения. Полученные данные удивительно согласуются с утверждением Nissen-Lie H.A. и соавт. (2010), что именно субмиссивная позиция психотерапевта с ее смирением и сензитивностью способствуют развитию терапевтического альянса. Другие стили присоединения в данной выборке не показали значимых корреляций с супервизорской оценкой навыков активного слушания, что обосновывает дальнейшее исследование на большей выборке.

ПРОФИЛЬ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЕЙ

Крижановский А.С., Мазо Г.Э.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Актуальность исследования. При формировании концепции терапевтически резистентной депрессии (ТРД) была предложена гипотеза, выделяющая определенную биологическую предрасположенность у труднокурабельных пациентов с депрессивным расстройством. По данным современной литературы феномен терапевтической резистентности может быть частично обусловлен изменениями на нейроэндокринном уровне.

Цель исследования: анализ гормональных изменений у пациентов с различным ответом на проводимое лечение.

Материалы и методы исследования. В исследование включен 71 пациент с актуальной депрессивной

симптоматикой в рамках диагностических категорий депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33) по МКБ-10. Терапевтическая резистентность оценивалась на основании HDRS-17, MADRS. На основании модели Модсли (Maudsley Staging Model) определялся уровень резистентности. Проводилась динамическая оценка показателей тиреотропного гормона (ТТГ), свободной фракции трийодтиронина (Т3 св.), свободной фракции тироксина (Т4 св.), кортизола, соматотропного гормона (СТГ), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭАС), тестостерона, эстрадиола, лептина при включении пациентов в исследование и после проведенного лечения, длительностью 6 недель.

Результаты исследования. При сравнении нейроэндокринного статуса пациентов с ТРД и с отсутствием терапевтической резистентности статистически значимые различия были выявлены в отношении наиболее активного гормона щитовидной железы Т3 св. Уровень Т3 св. был достоверно выше у больных с отсутствием терапевтической резистентности к окончанию лечения ($p<0,05$).

При сравнении показателей в группах, разделенных по степени тяжести терапевтической резистентности, с учетом влияния различных клинических факторов, были выявлены следующие различия. Такие характеристики как пол, возраст на момент обследования и длительность заболевания оказывали влияние на ряд гормональных показателей. У пациентов мужского пола выявлялись различия по уровню ДГЭАС и соотношению ДГЭАС/кортизол. К завершению обследования более высокие показатели определялись у пациентов со среднетяжелой ТРД ($p<0,05$). У пациенток женского пола определялся достоверно более высокий уровень лептина в старшей возрастной группе с более высокой степенью тяжести терапевтической резистентности на всех этапах исследования ($p<0,01$). У пациентов с наиболее длительным стажем заболевания (более 10 лет) в группе с легкой степенью ТРД определялся более высокий уровень ТТГ по сравнению с пациентами со среднетяжелой ТРД при первичном обследовании ($p<0,01$).

При сравнительной оценке эндокринных показателей у пациентов с различной психопатологической структурой ТРД также были выявлены определенные отличия. При включении в исследование уровень Т3 св. статистически значимо был выше в группе с меланхолической ТРД, по сравнению с тревожной ТРД ($p<0,05$). Также на начальном этапе исследования уровень кортизола у больных из групп с меланхолической и тревожной ТРД был достоверно выше, чем в группе с атипичной структурой ($p<0,05$).

По результатам внутригруппового анализа гормональных показателей у пациентов с отсутствием терапевтической резистентности корреляционные зависимости были обнаружены только между показателями в рамках одних и тех же гормональных осей на разных этапах обследования. У больных с терапевтической резистентностью с высокой степенью достоверности определя-

лись корреляционные связи между гормонами разных нейроэндокринных осей. Основные взаимосвязи были выявлены между гормонами гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осей (Т4 св. и кортизолом, Т3 св. и соотношением ДГЭАС/кортизол) ($p < 0,01$).

У пациентов с ТРД определялось большее количество статистически значимых взаимосвязей между различными гормонами при более длительном течении заболевания и большем количестве перенесенных депрессивных эпизодов ($p < 0,01$).

В группах, сформированных на основании психопатологической структуры ТРД, у пациентов с меланхолической и тревожной ТРД выявлялись примерно схожие взаимоотношения между гормонами гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осей ($p < 0,01$), у больных с атипичной структурой данных взаимосвязей установлено не было.

Выводы. По результатам проведенной работы, были выявлены отличия в гормональном статусе пациентов с ТРД и с отсутствием терапевтической резистентности. При внутригрупповом сравнении нейроэндокринных показателей в зависимости от степени тяжести ТРД статистически значимых различий не определялось. Таким образом, можно предположить, что балльная оценка уровня терапевтической резистентности на основании модели Модсли не отражает биологической основы феномена. Более значимые гормональные различия с точки зрения терапевтического прогноза были выявлены в группах с учетом различных клинических факторов и психопатологической структуры ТРД.

При оценке гормональных взаимоотношений внутри группы пациентов с ТРД было обнаружено достаточно большое количество корреляционных связей в отличие от группы пациентов с отсутствием терапевтической резистентности, что может указывать на определенный нейроэндокринный дисбаланс в организме при длительно сохраняющейся депрессивной симптоматике.

В ходе работы было выявлено, что при ТРД определяются более стойкие изменения на уровне всех основных гормональных осей. Таким образом, на формирование терапевтической резистентности при депрессии помимо нарушений на уровне нейромедиаторной передачи, анатомо-физиологических изменений в заинтересованных структурах головного мозга и генетически детерминированных факторов, предположительно могут оказывать влияние и нейроэндокринные особенности функционирования организма. Разработка модели прогноза развития терапевтической резистентности на основании клинических, психопатологических и гормональных показателей может помочь в выборе адекватных методов лечения депрессии и коррекции проводимой фармакотерапии на более ранних этапах в целях достижения ремиссии.

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГАБАЛИНА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО АНАЛИЗА

¹Крупницкий Е.М., ¹Илюк Р.Д., ¹Михайлов А.Д.,
²Казанков К.А., ¹Рыбакова К.В., ¹Гришина О.Г.,
²Заплаткин И.А.

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

²Мурманский областной наркологический диспансер, Мурманск

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения препарата прегабалин («Лирика») в комплексной терапии синдрома отмены опиатов.

Методы. Дизайн исследования – рандомизированное симптом-регулируемое исследование с активным контролем. 34 больных с синдромом отмены опиатов были случайным образом распределены в две группы. Больные первой группы (19 чел.) в качестве основного средства лечения синдрома отмены опиатов получали прегабалин («Лирика») в дозе до 600 мг/сутки в сочетании с симптоматической терапией, которая подразделялась на базовую (назначавшуюся стандартно всем больным – доксиламин («Донормил») 30мг/сутки) и симптом-триггерную (назначаемую при необходимости по требованию больного и решению врача на основе квантифицированной оценки тяжести СОО – лоперамид («Имодиум»), метоклопрамид («Церукал»), нафазолин («Нафтизин», «Санорин»), кеторолак («Кетанов») и «Феназепам»). Больные второй группы (15 чел.) в качестве основного средства лечения синдрома отмены опиатов получали клонидин («Клофелин») – до 600 мкг/сутки) в сочетании с базовой терапией и симптом-триггерной терапией, аналогичной таковой в первой группе. Других препаратов больным, участвующим в исследовании, не назначалось. Оценка тяжести синдрома отмены опиатов (по субъективной и объективной шкалам), влечения к опиатам, нарушений сна, тревоги, депрессии, а также общего клинического впечатления и побочных эффектов производилась ежедневно по международным валидизированным квантифицированным оценочным шкалам врачами, которые, как и больные, участвовавшие в исследовании, не были осведомлены о принадлежности определенной к группе терапии.

Результаты. Группы больных исходно не различались между собой по клинико-демографическим характеристикам и тяжести синдрома отмены опиатов. В первой группе (прегабалин) терапию СОО завершили 15 из 19 больных (79%) против 7 из 15 больных (47%) во второй группе (клонидин) ($p = 0,05$; точный критерий Фишера). Анализ выживаемости Каплана-Мейера также подтвердил лучшее удержание больных в группе прегабалина ($p = 0,001$; Log Rank (Mantel-Cox) criterion). Статистически значимых различий между группами по показателям динамики выраженности СОО зарегистрировано не было, очевидно, в силу симптом-регулируемого про-

токола и небольшого объема выборки (ограниченного количества больных). Интенсивность влечения к опиатам в группе прегабалина в ходе лечения была ниже (различия близки к статистически значимым – $p=0,07$), а самооценка самочувствия – значимо лучше ($p<0,05$). Кроме того, во второй группе больных (клонидиновая схема лечения) имело место более массивное назначение симптом-триггерной терапии (кеторолака: $60,5\pm 8,2$ мг vs. $36\pm 7,8$ мг, $p<0,05$). Достоверные различия в общей частоте побочных эффектов (нежелательных явлений) между двумя группами больных отсутствовали, однако следует отметить значительно менее выраженные астению и центральнодепримирующее действие терапии в группе прегабалина (16% vs. 47% больных, $p<0,05$), что свидетельствует о субъективно лучшей переносимости лечения СОО больными, получавшими прегабалин (это, очевидно, могло обусловить больший процент больных, завершивших детоксикацию, в данной группе).

Выводы. Предварительные результаты данного исследования свидетельствуют о том, что схема лечения синдрома отмены опиатов, использующая в качестве основного препарата прегабалин («Лирика»), является эффективной и безопасной, хорошо переносится больными, а также позволяет завершить программу детоксикации (купирования СОО) большему проценту больных, чем при использовании традиционной схемы лечения на основе клонидина.

ШКОЛА Б.Д. КАРВАСАРСКОГО. ПЕРСПЕКТИВЫ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

**Курпатов В.И., Гладышенко А.В., Курпатов А.В.,
Губачев Ю.М., Макиенко В.В.**

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
«Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)»*

Психотерапевтический центр

Высшая школа методологии

Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

Борис Дмитриевич Карвасарский (03.02.1931-24.09.2013), ученик В.Н. Мясищева, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ. Был Главным психотерапевтом МЗ РФ, возглавлял Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ. Профессиональная деятельность была связана с институтом, где он проработал более 54 лет, из которых последние 44 года являлся научным руководителем Отделения неврозов и психотерапии, где получило дальнейшее развитие учения В.Н. Мясищева о неврозах, была создана биопсихосоциальная концепция неврозов, разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛЮРП). В настоящее время отделение возглавляет ученица Б.Д. Карвасарского д.м.н. Т.А. Караваева.

В 1982 г. Б.Д. Карвасарский организовал ведущую в стране кафедру психотерапии в Санкт-Петербургском МАПО и возглавлял ее по 1993 г. Это стало возможно благодаря тому, что с 1975 года на кафедре терапии №2 Ленинградского ГИДУВа (зав. каф. – проф. Губачев Ю.М.) был организован курс психотерапии (проф. Либих С.С. и доц. Михайлова Н.А.). На кафедре работали профессора В.А. Ташлыков, Э.Г. Эйдемиллер, А.П. Федоров, С.А. Кулаков. С 1986 года Б.Д. Карвасарский являлся президентом Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА). Автор 205 опубликованных научных работ. Под его руководством защищено 123 диссертации.

Актуальные проблемы психотерапевтической службы в России:

1) отсутствие единого видения и координационного центра по развитию психотерапии, внештатных специалистов психотерапевтов в МЗ РФ и Росздравнадзоре;
2) общественные психотерапевтические объединения, зачастую опирающиеся на альтернативные модели психотерапии, не достаточно обеспечивают и защищают права специалистов, работающих в области медицины;

3) наблюдается попытка отрыва психотерапевтического сообщества от психиатрии, из-за чего утрачивается клинико-нозологический подход.

Понимая значение общественных организаций в развитии психотерапии и недостатки в работе уже существующих, в 2015 году образована «Профессиональная Медицинская Психотерапевтическая Ассоциация» объединяющая профессионалов, участвующих в психотерапевтическом процессе.

КОМПЛАЕНС КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТ

Ложкина Л.И.

*Северный государственный медицинский университет
Архангельск*

Проблема комплаенса вызывает широкий научный интерес в медико-психологическом сообществе. Актуальность данной проблемы обусловлена тяжелыми последствиями некомплаентного поведения. По данным ВОЗ (2003), несоблюдение рекомендаций врача приводит к высокому уровню осложнений, ухудшению качества жизни и смертности. В медицине оценка комплаенса осуществляется различными способами: учет препаратов, беседа с пациентом и его родственниками и т.п. В психиатрии применяется шкала оценки медикаментозного комплаенса, разработанная НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Распространенным методом оценки уровня комплаенса является методика Мориски-Грина, однако, рассмотрение полученных данных в качестве объективных не представляется возможным по причине отсутствия шкалы достоверности. Одним из новых способов определения уровня комплаенса является

опросник «Уровень комплаентности» предложенный Р.В.Кадыровым с соавторами (2014). На данный момент нет единого мнения в подходах к описанию комплаенса и в оценке показателей уровня комплаенса (Смирнов С.В. с соавт., 2012, Данилов Д.С., 2014).

Комплаенс является сложной междисциплинарной проблемой и, не смотря на почти 40-летнюю историю его изучения, целостный теоретико-методологический подход к исследованию данного феномена отсутствует.

В качестве теоретической предпосылки понимания комплаенса, как сложного психологического феномена, мы предлагаем определять его как психологический факт, детерминированный системой психических явлений, находящихся на разном уровне осознания. Данный тезис исходит из принципа субъектности, принятого в отечественной психологии и позволяющего рассматривать пациента, как носителя уникальной устойчиво-динамической целостной системы психических явлений, стремящегося разрешать возникшие противоречия между внутренними условиями и внешними обстоятельствами. Болезнь мы предлагаем рассматривать как внешний факт среды, существенно изменяющий привычное функционирование субъекта.

Не разработанность психологической концепции комплаенса в совокупности с отсутствием психодиагностического инструментария, позволяющего объективно оценить уровень и качество приверженности лечению, значительно затрудняется его полноценное исследование, делает невозможным определение психологических маркеров комплаентного поведения, а так же разработку системы профилактических мероприятий направленных на предупреждение нонкомплаенса.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ КРИТИКИ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лозинская Е.И., Сорокин М.Ю.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ Санкт-Петербург

Целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи параметров инсайта и социodemографических показателей больных с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Обследовано 62 пациента отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами СПб НИПНИ им. Бехтерева, поровну мужчин и женщин (средний возраст составил 36 лет, средняя продолжительность заболевания -10 лет, высшее образование имели 34 пациента, средне-специальное – 17, среднее – 11 человек, проживающих в браке – 19 человек, вне брака – 43 человека).

Диагностически больные были представлены: рубрика F2 МКБ-10 – 42 человека, рубрика F3 МКБ-10 – 14 человек, рубрика F0 МКБ-10 – 2 человека, рубрика F6 МКБ-10 – 4 человека. Участники исследования заполняли Шкалу инсайта (Markova I.S., 2002). Использовали тесты Краскела-Уолиса и Мана-Уитни, корреляционный анализ Спирмена. Результаты приведены с указанием средних $M \pm S.D.$

Обсуждение и выводы: В ходе обследования было установлено, что пациенты, проживающие в браке оказались достоверно более критичными по сравнению с одинокими пациентами, а именно – они лучше опознавали утрату контроля над собственными мыслями, странность и измененность окружающей обстановки, а также трудности взаимодействия с окружающими в силу этого; более того, они лучше понимали, что состояние является «не нормой». Семья, таким образом, имеет важное значение для сохранения объективного тестирования реальности. Мужчины, как оказалось, достоверно хуже опознают измененность своего психического состояния. Возможно, в силу стереотипов мужского ролевого поведения, мужчины менее склонны рефлексировать по поводу своего состояния и потому хуже опознают его болезненную измененность.

Умение опознавать свое состояние как болезненно измененное достоверно коррелировало с возрастом пациентов. Пациенты молодого возраста хуже опознавали изменения своего состояния как болезненные. В среднем возрасте имело место достоверное снижение критики с последующим ее повышением ближе к зрелости. Можно предположить, что болезненная симптоматика накладывается на преморбидные особенности личности, либо носит компенсаторный характер, позволяя решить в той или иной степени психологические проблемы пациента, что требует дальнейшего прояснения.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЗМОЖНОСТИ И СПЕЦИФИКА ПРИМЕНЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

Лукошкина Е.П., Васильева А.В., Караваева Т.А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ Санкт-Петербург

Высокая частота коморбидных нозо- и соматогенных психических расстройств при злокачественных заболеваниях определяет необходимость разработки комплексных индивидуализированных программ лечения, включающих психосоциальные интервенции как для самих пациентов, так и для членов их семей. Правильно подобранный метод психотерапии может в значительной степени снизить общий уровень дистресса, интенсивность тревожных и депрессивных симптомов. Анализ литературы по применению психосоциальных

программ в онкологической практике показал, что в целом преобладает эклектический подход к психотерапии больных со злокачественной патологией с комбинированием элементов поддерживающее-экспрессивной терапии, терапии горя и экзистенциальной терапии, используются также психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы.

Когнитивно-поведенческая терапия пациентов с онкологическими заболеваниями подразумевает идентификацию и коррекцию дисфункциональных убеждений относительно болезни, проработку конфликта между старым и новым образами «я», редукцию тревоги и расширение временных границ с использованием когнитивных и поведенческих техник. Отдельно следует выделить терапию третьей волны КПТ или основанную на медитативных техниках когнитивную психотерапию (англ. Mindfulness Based Cognitive Therapy), которая включает в себя тренировку навыков внимательности, сосредоточенность на деталях происходящего «здесь и сейчас», включенности в нюансы текущего момента жизни, стремления к безоценочности и принятию.

Согласно психодинамическому подходу, характер патопсихологической симптоматики как реакции на заболевание зависит от особенностей раннего развития, характеристик объектных отношений, типов привязанностей и наличия детских психических травм. Теория травмы развивалась в нескольких направлениях рядом выдающихся исследователей: М. Балинтом, Д. Винникотом, М. Каном, С. Шассеге-Смиржель, А. Грином, Л. Вурмсером и др. В качестве следствий травматизации рассматривают регресс на оральную стадию развития, смещение либидо с объекта на «Я», ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защитных механизмов, автоматизация «Я», идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования «Сверх-Я», деструктивные изменения «Я» идеального. Психодинамическая терапия подразумевает исследование того, каким образом личностные особенности и защитные механизмы пациента вступают во взаимодействие с его травматическими переживаниями и вызывают определенные конфликты и специфические виды отношений, включая терапевтические отношения.

В краткосрочной психодинамической модели терапии М. Хоровица (1997) осуществляется интеграция психодинамического и когнитивно-поведенческого подходов: формулирование случая на основе представлений о том, как защиты и бессознательная переработка информации влияют на паттерны настроения и поведения, дает терапевту знание о том, когда следует использовать поведенческие техники, когда – когнитивные методы для изменения дисфункциональных сознательных убеждений и планов возможного будущего, а когда – экспрессивные и/или поддерживающие динамические методы для преодоления защитного сопротивления и проработки травматических переживаний.

ПОТРЕБНОСТИ БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Лутова Н.Б., Макаревич О.В.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Целью работы являлось исследование потребностей близкого окружения пациентов с шизофренией в ходе лечебного процесса в условиях стационара.

Материалы и методы. В отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НИПНИ им. В.М. Бехтерева обследовано 48 человек (32 женщины и 16 мужчин) из близкого окружения больных госпитализированных во 2 отделение с диагнозами рубрик F20-25 МКБ-10. Из обследованных: 27 человек – родители, 11 – супруги, 3 – сиблинги, 4 – дети пациентов, 3 – друзья пациентов.

В ходе исследования изучались потребности близкого окружения пациента с шизофренией соотносящиеся с 6-ти уровневой иерархией потребностей А. Маслоу. 1. Физиологический уровень, включающий материально-бытовые потребности, обеспечение лечения, потребность в сексуальных отношениях. 2. Потребность в безопасности, включающий: понимание сути заболевания, его возможных последствий, поведенческих реакций больного, представления о возможных объемах медико-социальной помощи. 3. Потребность в вовлеченности в процесс лечения. 4. Потребность в уважении к своему видению проблем, связанных с процессом лечения. 5. Потребность в организации комфортных условий при лечении. 6. Потребность в альтруистической самореализации в ходе лечения.

Результаты. Дисперсионный анализ показал, что родители больных шизофренией испытывают достоверно более высокие потребности в безопасности и принятии, по сравнению с остальными четырьмя группами ($p > 0.01$). Физиологический уровень потребностей достоверно более значим для супругов пациентов, по сравнению с сиблингами, детьми и друзьями ($p > 0.01$). Сиблинги имеют самый высокий средний балл потребности в эстетике, по сравнению с другими группами ($p > 0.01$). Дети и друзья демонстрируют достоверно более высокую потребность в самореализации относительно других групп ($p > 0.01$).

Выводы. Потребности близкого окружения в ходе лечения значимо отличаются в зависимости от группы. Разнообразие потребностей целесообразно учитывать при организации стационарной помощи больным, а также при работе с близким окружением пациентов.

СЕМАНТИКА ВНЕШНЕЙ СТИГМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Петрова Ю.И.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Цель работы: исследование феноменологии социальной стигмы психически больных среди различных категорий населения.

Материалы и методы. Обследовали 108 человек: 49 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии НИПНИ, 33 здоровых добровольца, 26 сотрудников психиатрической службы (16 медицинских сестёр, 10 врачей). Участники заполняли опросник внешней стигматизации (PSQ, Link 1989), его раздел обесценивания/дискриминации (PDD, Link 1991). Использовали корреляционный анализ Спирмена, тесты Краскела-Уолиса и Мана-Уитни.

Результаты. Средние показатели 5, 6, 7, 9, 11 и 12 разделов PDD в группе пациентов были выше, чем у остальных участников ($p \leq 0,05$, кроме 6 раздела), в разделах 1-4, 8 и 10 – достоверно ниже. Представление о неготовности молодёжи к романтическим отношениям с психически больными было консенсусным у пациентов и медработников (раздел 11, $p \leq 0,05$). Психиатрические медсёстры и пациенты считали допустимым пренебрежение мнением больных (раздел 12, $p \leq 0,05$).

При сравнении сотрудников психиатрических учреждений и добровольцев, вторые больше подвергали сомнению интеллект больных (раздел 2, $p \leq 0,05$). Медицинские работники были чаще не готовы дружить с больными (раздел 1, $p \leq 0,05$), а психиатрические медсёстры склонны относиться к ним с большим, чем у врачей, недоверием (раздел 3, $p \leq 0,05$). Врачи-психиатры и медсёстры были одинаково не готовы трудоустроить человека, получающего психиатрическую помощь (раздел 8, $p \leq 0,05$).

Выводы. Пациенты психиатрического стационара и здоровые добровольцы по-разному воспринимают социальную стигму психически больных. Для людей, имеющих психическое расстройство, свойственны обесценивание и пренебрежение, предвосхищение неудачи психиатрических пациентов. Стереотипы среди здоровых добровольцев связаны с незнанием природы психических расстройств. Специфичные для сотрудников психиатрической службы недоверие к больным, неприятие дружеских отношений и неготовность к трудоустройству пациентов – могут поддерживаться явлением профессиональной деформации.

УРОВНИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ПСИХОЛОГО-МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Лысенко И.С., Караваева Т.А.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Основываясь на системном подходе, было проведено комплексное исследование клинико-психологических, личностных, мотивационных характеристик, показателей внутриличностной и межличностной конфликтности и защитно-компенсаторных механизмов у 173 больных с разными типами невротических расстройств на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева. На основании факторного анализа массива полученных переменных и системного подхода к оценке результатов было выделено 3 уровня дезорганизации при невротических расстройствах.

Первый, наиболее важный фактор описывает дезорганизацию на внутриличностном (психологическом) уровне и включает конфликт неадекватной самооценки и фрустрированные потребности. Конфликт неадекватной самооценки является ядром личностных нарушений и отражает противоречия в отношении к себе, в оценке своих качеств, возможностей, способностей. Кроме этого больные с невротическими расстройствами часто испытывают неуверенность, волнение, обеспокоенность, чувство тревоги, нуждаются в удовлетворении потребности в безопасности и доверии, и недостаточно осознают данные желания. Данный фактор описывает наибольшую долю дисперсии изученных признаков.

Выделенный второй фактор определяет социальный уровень дезорганизации, которая проявляется в нарушении социального функционирования обусловленным неудовлетворенностью потребности в общении. Больные с невротическими расстройствами испытывают потребность в реализации способности устанавливать полноценные взаимоотношения с окружающими, то есть эмоционально насыщенные, основанные на взаимном интересе, принятии, понимании и взаимодействии. Наибольшие трудности в межличностном общении возникают при избегании открытой конфронтации.

Третий фактор объединяет выраженность невротической симптоматики и уровень невротичности.

Защитно-компенсаторные механизмы (психологические защиты, коппинг-стратегии) можно рассматривать как ресурс личности, они выполняют адаптационную функцию, уменьшая степень дезорганизации, ослабляя напряженность внутриличностного конфликта и приспособлявая личность к объективным реальным условиям жизни.

Настоящая модель уровней дезорганизации является не только математически обоснованной, но и соответствует пониманию невротических нарушений с точки зрения биопсихосоциальной концепции психических расстройств и

показывает приоритет психогенных механизмов в их формировании. Определение мишеней и задач психотерапии целесообразно проводить с учетом полученных данных, ориентируясь на нарушения каждого уровня.

МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ляшковская С.В.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Целью нашего исследования стало изучение понятия «мишень психотерапии», разработка классификации мишеней психотерапии, изучение практики выбора мишеней психотерапии врачами при проведении краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии больных невротизмами.

При планировании нашего исследования мы руководствовались следующими гипотезами: 1) возможно выделить и сформулировать конвенциональное определение мишеней психотерапии; 2) существует ограниченный набор мишеней, которые можно применить в процессе психотерапии; 3) выбор тех или иных мишеней на разных этапах психотерапии влияет на эффективность психотерапии.

Достижение поставленной цели предполагало решение следующих задач: теоретико-методологический анализ подходов к определению мишеней психотерапии; формулирование рабочего определения; обоснование классификации психотерапевтических мишеней; изучение практики определения психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами; анализ полученного материала методом экспертных оценок, получение содержания общих и частных формулировок психотерапевтических мишеней, выделение ограниченного количества категорий этих понятий; анализ эффективности выбора тех или иных мишеней на разных этапах психотерапии.

В исследуемую группу были включены случаи психотерапии 150 пациентов в возрасте от 19 до 50 лет с установленными диагнозами из группы невротических расстройств. Эффекты лечения определяли при помощи психодиагностического обследования: опросник SCL-90-R, Гиссенский опросник, методика «Личностный дифференциал», тест Лазаруса.

На первом этапе работы с применением теоретического анализа, экспертного метода, было получено рабочее определение понятия «психотерапевтическая мишень»: это проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психотерапевтический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия.

Всего было выделено 5 плоскостей возможного поиска частных формулировок мишеней психотерапии. Разработанная рабочая классификация включила в себя 5 основных групп психотерапевтических мишеней:

1-я группа – мишени, специфичные для клинической группы (клинические проявления невротических расстройств);

2-я группа – специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента (личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства);

3-я группа – специфичные для психотерапевтического процесса (изменяемые параметры психотерапевтического взаимодействия);

4-я группа – специфичные для клинической ситуации (условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенные и патопластическое влияние на расстройство, а также на возможности и условия лечения);

5-я группа – специфичные для психотерапевтического метода (гипотетические конструкторы психотерапевтических методов).

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику и определялся этапом психотерапевтического процесса.

На 1-м этапе наиболее часто врачи выбирали такие мишени: неудовлетворительный контакт с пациентом (97 (64,7%)), недостаток доверия к психотерапевту (83 (55,3%)), недостаточная мотивация к психотерапии (64 (42,7%)), непонимание пациентом причин и механизмов болезни (48 (32,0%)), некорректные ожидания от психотерапии (43 (28,7%)), недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе (36 (24,0%)), психотравмирующие переживания (35 (23,3%)), эмоциональное напряжение во время психотерапевтической встречи (31 (20,7%)).

На 2-м этапе наиболее часто врачи выбирали такие мишени: низкая способность (недостаточность) к рефлексии (93 (62,0)), внутриличностный невротический конфликт (79 (52,7)), трудности в близких отношениях (62 (41,3)), нарушения самоотношения (61 (40,7)), недостаток осознания характера своих отношений с людьми (56 (37,3)), эмоциональное напряжение во время сессий (55 (36,7)), невротические защитные механизмы (50 (33,3)), подавленные чувства (49 (32,7)), неосознание связи симптомов с особенностями собственной личности и характером отношений с людьми (44 (29,3)).

На 3-м этапе наиболее часто врачи выбирали такие мишени: недостаточная интеграция нового опыта (59 (39,3)), зависимость от психотерапевта и психотерапии (53 (35,3)), недостатки поведенческих моделей (30 (20,0)), отношения с психотерапевтом (22 (14,7)).

Анализ эффективности выбора и проработки мишеней на разных этапах психотерапии проводился путем сравнения данных психодиагностических методик в начале и в конце лечения.

О ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Максимчук В.П.

*ГУ «РНПЦ психического здоровья»
Минск, Республика Беларусь*

Стабилизация ремиссий и профилактика рецидивов заболевания являются одними из ведущих направлений лечения алкоголизма.

Анализ применения различных видов лекарственных средств при лечении пациентов с зависимостью от алкоголя и их влияние на длительность ремиссии заболевания в сравнении с группой пациентов, принимающих только сенсibiliзирующие средства или одну общеукрепляющую терапию или тот или иной метод психотерапии.

Под наблюдением находилось 457 пациентов мужского пола, проходившие курсы лечения от синдрома зависимости от алкоголя в возрасте от 18 до 64 лет в наркологических отделениях ГУ «РНПЦ психического здоровья».

При исследовании использовали интервью по специально разработанной стандартной клинической карте. Статистический анализ результатов исследования проводился с применением программного пакета STATISTICA.

Результаты исследования. Рецидивы заболеваний в первую неделю после выписки пациентов из стационара в среднем составили 1,9% от числа всех пациентов, участвующих в исследовании, больше всего в группе, где пациенты получали только психотерапию (3,9%), меньше всего в группах, где пациенты получали сенсibiliзирующую терапию и общеукрепляющую. В первый месяц после выписки рецидивы заболевания наблюдались в среднем у 7,5% пациентов, больше всего в группе 6, получавших только общеукрепляющую терапию – 17,6%, меньше всего в группе 1, пациенты которой принимали курс психотерапии. Ремиссия заболевания больше года наблюдалась в среднем у 62,3% пациентов, больше всего в группе 4, получавших транквилизаторы -70%, меньше всего в шестой группе 52,9%, получавших только общеукрепляющую терапию. Достаточно высокая эффективность заболевания наблюдалась и в 3 группе, пациенты которой принимали сенсibiliзирующие к алкоголю средства 67,6%.

Выводы. Проведенное исследование показало, что надежное прогнозирование длительности ремиссии возможно лишь при учете совокупности ряда факторов: настроенность пациента на лечение, наличие соматических осложнений, а также от применения того или иного метода лечения.

МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Максимчук В.П., Копытов А.В.

*ГУ «РНПЦ психического здоровья»
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Республика Беларусь*

В подростковом и молодом возрасте основные мотивы употребления психоактивных веществ: получение удовольствия, повышение самооценки и самоутверждения, улучшение коммуникации, реакции подражания, манипуляции, конформность, любопытство, бравада, реже – протестное поведение или гедонизм; еще реже – пассивная подчиняемость. Наследственность более существенно может влиять на алкогольную мотивацию и ее виды у подростков и молодых людей, чем у взрослых.

Цель исследования: определение влияния наследственной отягощенности и мотивов употребления алкоголя (МПА) лицами подросткового и молодого возраста для обоснования лечебно-реабилитационных мероприятий.

Выборка состояла из 611 субъектов мужского пола от 14 до 25 лет, разделенных на 2 группы. Диагностика алкогольной зависимости (АЗ) проводилась в соответствии критериями МКБ-10, AUDIT, «Б-ИТА Опросник «Мотивы потребления алкоголя».

Проведенное исследование позволило установить следующие закономерности:

- существенное влияние на МПА оказывает тип наследственности по АЗ;
- субъекты, имеющие ОТН по АЗ, отличаются более выраженными аддиктивными мотивами и мотивами гиперактивации;
- наиболее существенное влияние на МПА ОТН по АЗ оказывает в подростковом возрасте (14-17 лет);
- неблагоприятное влияние на все типы мотивов оказывает наличие ОТН по АЗ по линии обоих родителей;
- ОТН по материнской линии определяет более высокий уровень по мотивам гиперактивации;
- со стажем АЗ значение ОТН имеет тенденцию к относительному снижению;
- более высокий уровень атарактической мотивации, которая является ведущей у лиц ОГ, наблюдался при носительстве низкоактивных вариантов гена MAOA (3R-аллель и 4R-аллель);
- отсутствует влияние носительства однонуклеотидных полиморфизмов генов, включенных в исследование, на уровень наиболее актуальных МПА для лиц ОГ, имеющих ОТН по АЗ;
- в подгруппе подросткового возраста с наличием ОТН наиболее высокие показатели атарактической и гедонистической мотивации имели субъекты с носительством генотипа 9R гена DAT1/SLC6A3 (VNTR);
- максимальные среднegrupповые значения атарактической и гедонистической мотиваций наблюдались при сочетании носительства полиморфных локусов 3 генов в виде: HL гена COMT (rs4680), 9R гена DAT1/SLC6A3 (VNTR), A1A2 гена DRD2 (Tag I A).

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Манучарян Ю.Г.

*Ярославский государственный медицинский университет
Ярославль*

Клинический патоморфоз современных невротических расстройств характеризуется выраженными соматовегетативными нарушениями, усложняющими дифференциальную диагностику и терапевтические подходы. Вторичные психосоматические расстройства возникают у больных с различными формами неврозов, однако наиболее часто – с ведущим тревожным аффектом. Клинически у них выявляются синдромы ВСД, вегетативные кризы, гипертоническая болезнь, дискинезии кишечника, хронический спастический колит, кишечные кризы, язвенная болезнь, тиреотоксикоз. Формирование вторичной соматической патологии связано с различными механизмами: симпатикотонии, деструктивной ауто suggestion, патологически зафиксированного уловного рефлекса, а также психологической защиты – соматизацией. У больных с затяжными депрессивными и астеническими расстройствами обнаруживаются также признаки вторичной иммунной недостаточности, клинически проявляющиеся учащением возникновения или обострением различных инфекционных заболеваний: респираторных и герпетических инфекций, гнойных поражений кожи. Аффективные невротические расстройства тесно связаны с индивидуальными особенностями функционирования механизмов психологических защит в стрессовых ситуациях. Наиболее часто превышают нормативные показатели: отрицание, регрессия, проекция, реактивное образование. Клинически это характеризуется неадекватной, искаженной оценкой реальности с тенденцией к утяжелению ситуации и вместе с тем зависимостью от нее, значимых лиц и врача, потребностью в заботе, внимании помощи извне, незрелыми ригидными суждениями, реакциями негативизма, максимализма. Регрессия, возникающая на фоне тревожного аффекта, нередко проявляется иррациональным, мистическим мышлением, когнитивными искажениями в оценке этиопатогенеза невротического расстройства. В итоге тревожный аффект кристаллизуется в фобические переживания с присоединением вторичных психопатологических синдромов: депрессивного, ипохондрического и др. Современная биопсихосоциальная концепция болезни предполагает многофакторность в этиологии невротических расстройств и определяет соответствующие «мишени» в их комплексной терапии. Патогенетически обоснованным является применение как фармакологических сомато- и психотропных средств, так и последовательных этапных психотерапевтических мероприятий: симптомоцентрических, личностно-ориентированных, социотерапевтических.

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ И СУПЕРВИЗИИ СПЕЦИАЛИСТОВ НОВОСИБИРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (РПА)

**Маркатун М.В., Казаржевская Л.А.,
Попова Ю.Г., Неженцева В.В.**

*ГАУЗ НСО «ГКП №1», ЗАО НМЦ «Катарсис»,
ГПБ № 3, ООО «МАРКАТУН»
Новосибирск*

В рамках деятельности Новосибирского регионального отделения с 2004 года проводились следующие мероприятия с целью повышения эффективности работы психотерапевтов и психологов:

- ежегодные выездные циклы тематического совместно с кафедрой психотерапии СЗГМУ (ФПК ГОУВ-ПО Санкт-Петербургской Государственной медицинской академии) им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, РПА;

- научно-практические региональные конференции (2007, 2012 гг.), с участием ведущих специалистов Санкт-Петербурга, Новосибирска;

- дистанционные вебинары: клинические разборы сложных случаев, совместно с Обществом личностно-ориентированных реконструктивных психотерапевтов Петербургской школы психотерапии и психологии отношений и Центром врачебной психотерапии и психологии (ЦВПиП) ГАУЗ НСО «ГКП №1»;

- балинтовские группы (1-2 встречи в месяц);

- ежемесячные супервизионные группы;

- семинары под руководством д.м.н., профессора кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии НГМУ Ц.П. Короленко (с 2011 г. организовано более 100 семинаров, совместно с Центром врачебной психотерапии и психологии ГАУЗ НСО «ГКП №1»).

На основании опыта супервизионных и балинтовских групп, можно сделать вывод, что практическое обучение специалистов в данный период отстает от теоретической базы. Многочисленные возможности предоставлены для желающих пройти специализацию по психотерапии и психологии в форме теоретического обучения и отработки практических навыков «на своих коллегах» во время обучающих семинаров, циклов тематического усовершенствования и сертификационных циклов, большая часть знаний имеет теоретический характер.

Предлагается создание практической учебной базы, на основе которой врачи-психотерапевты и психологи, только закончившие курс обучения, а также, желающие усовершенствовать профессиональные навыки смогут получить возможность работать с пациентом в качестве ко-терапевта с психотерапевтом или психологом (супервизорами), представляющим определенную школу

или направление. В Новосибирске, в рамках деятельности РПА, предполагается создание института сотрудничества между НГМУ, Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, кафедрой психотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Обществом личностно-ориентированных реконструктивных психотерапевтов Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, амбулаторным ЦВПиП ГАУЗ НСО «ГКП №1» (открытие которого планируется в 2016 году), а также с учреждениями, предоставляющих высокий профессиональный уровень обучения по психотерапии и психологии.

В результате создания такой практической базы предполагается повышение эффективности работы специалистов, что приведет к улучшению качества оказываемой помощи для населения.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Мелёхин А.И.

*Российский Научно-клинический центр геронтологии
РНМУ им. Н.И. Пирогова
Москва*

Возраст 65+ занимает ведущее место по росту психических расстройств позднего возраста. В поздних возрастах часто наблюдается стертый депрессивный аффект, преобладание дистимии. Распространенность депрессии позднего возраста по данным Taria-Munoz (2015) в России – 12-15%. Одной из ключевых проблем профилактики и лечения депрессий позднего возраста, является отсутствие у специалистов знаний в области геронтопсихиатрии, геронтопсихологии. Отсутствие комплексной гериатрической оценки пожилых людей.

Исследования в США и Германии показывают, что директивная, структурированная групповая когнитивно-поведенческая психотерапия (сокр. КПП) эффективна при эпизодах депрессии легкой и средней тяжести в пожилом возрасте. Протокол КПП в поздних возрастах включает в себя 12 групповых сеансов с 5-7 пациентами пожилого возраста. Имеющиеся протоколы лечения в КПП отражают ряд проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди (Landreville др., 2001; Cuijpers др. 2006; Pinquart и Соренсен 2001 года; Pinquart др. 2006 года; Scogin др. 2005). Ранее считалось, что психотерапия в пожилом возрасте невозможна – это миф, который был развенчан в работе Landreville (2001), которая показала, что пожилым людям, актуальнее назначать психотерапию, чем лечение антидепрессантами при депрессии в связи с полипрагмазией. Положительные эффекты влияют не только на депрессивные симптомы, но и на мысли о безнадежности, тревожно руминирующие мысли, агрессивность, социальную неуверенность, ипохондрические переживания о собственном здоровье. При работе с по-

жилыми людьми следует учитывать высокий риск отказа пожилого человека от психотерапии и преобладание у пожилых пациентов выбора психофармакологической формы лечения. Однако в связи с присутствием полипрагмазии эффект фармакотерапии достигается только у 40-45%, появляются побочные эффекты от приема препаратов и пожилой человек отказывается и от данной формы лечения. В поздних возрастах рецидивов после медикаментозного лечения более 40%, что приводит к проблеме поиска иного пути терапии. Однако при проведении КПП нужно учитывать ряд принципиальных аспектов:

- Учитывать возрастно-психологические и биологические процессы старения; наличие и степень когнитивного дефицита;
- Оценивать суицидальный статус; наличие психосоциальных, финансовых проблем.
- Делать акцент на мотивацию к лечению, преодолевать проблему комплаенса; учитывать реабилитационный потенциал.
- При проведении терапии учитывать профиль принимаемых пожилым человеком препаратов (проблему полипрагмазии).

КПП высокоэффективна и имеет стабильный эффект для пожилых пациентов (60-87 лет) при соблюдении группового протокола КПП М. Hautzinger и S. Welz (2004).

«ТРУДНЫЙ БОЛЬНОЙ» И ПРОБЛЕМА КЛАССИФИКАЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Менделевич В.Д.

*Казанский государственный медицинский университет
Казань*

Под понятием «трудный пациент» традиционно понимается больной, с которым врачу сложно взаимодействовать. По мнению Hinchey S.A., Jackson A.L., к «трудным больным» относятся те, у кого обнаруживаются психические расстройства, множественные симптомы, хроническая боль, функциональные нарушения, неудовлетворенные ожидания, низкая удовлетворенность помощью и/или психосоматические расстройства. К феноменам, затрудняющим профессиональное общение и снижающего результативность терапии, относят депрессивные симптомы, анозогнозию, алекситимию, когнитивный дефицит и неспособность дифференцировать ощущения.

Отдельной проблемой эффективного взаимодействия психиатра (психотерапевта) и пациента становится негативная реакция больных на собственный статус больного, в частности при диагностировании у них симптомов не психопатологического, а поведенческого спектра. Наиболее сложными оказываются пациенты с поведенческими и личностными расстройствами, с

химическими и нехимическими аддикциями. При этом вопрос о научно обоснованной дифференциации поведенческих расстройств и девиаций поведения до сих пор остается открытым.

В связи с этим, основополагающим вопросом современной психиатрии является вопрос о том, насколько новые классификации способствуют более точной диагностике психических расстройств, насколько они позволяют объективизировать процесс отграничения нормы от патологии. С позиции современной психиатрии проблема диагностики заключается в недостаточной изученности нейробиологических основ психических заболеваний и невозможности верифицировать наличие симптома с помощью инструментально-лабораторных методов (нейровизуализации, нейрохимии). Антипсихиатрия не приемлет самого процесса диагностики психических болезней, считая, что он носит произвольный и субъективный характер, а «психические расстройства «изобрели» те, кто желал вмешиваться в жизнь отдельных индивидов». Психология, открыто не декларируя свою позицию, оппонирует психиатрической диагностике, критикуя клинический метод за биологизаторство и «медиализацию жизни».

Таким образом, можно констатировать, что без разрешения теоретической проблемы четкой дифференциации поведенческих расстройств и девиаций поведения психиатрам и психотерапевтам крайне сложно на практике достигать высокой эффективности.

ДИАГНОСТИКА ЖИЗНЕННОГО МИРА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ

Меньшикова Л.В., Левченко Е.В.

*Новосибирский государственный технический университет
Новосибирск*

В процессе психологического консультирования и психотерапии специалист всегда пытается понять жизненный мир человека, обращающегося за помощью. Без понимания жизненного мира, который конструирует себе человек, отталкиваясь от объективной реальности своей жизни, нельзя понять специфику ситуаций, которые причиняют ему психические травмы, генезис и механизм развития его внутренних проблем, которые привели к дезадаптации, а иногда и к патологии. Каждый психолог и психотерапевт интуитивно выстраивает картину этого жизненного мира, поскольку без нее трудно определить тактику и стратегию психотерапевтической помощи.

Основной целью нашего исследования была разработка психодиагностической методики, позволяющей определять тип жизненного мира студентов вуза и проверка ее возможностей для анализа содержательных характеристик этого мира. Большое внимание в нашем исследовании было уделено изучению связи жизненного

мира с кризисными переживаниями, которые характерны для студенческого возраста, поскольку большинство исследователей отмечают, что в этот период возрастного развития человек проходит через целый ряд кризисов: кризис перехода к взрослости; кризис идентичности, связанный с поиском своего личностного и профессионального статуса; общепсихологический кризис, связанный с трансформацией многих психических процессов и установок.

Среди существующих типологий жизненного мира наиболее перспективной для разработки психодиагностических процедур, направленных на целостное описание жизненного мира, на наш взгляд, является типология, предложенная Ф.Е. Василюком, выделяющего 4 типа жизненных миров: инфантильный, реалистический, ценностный и творческий. Он дает подробную психологическую характеристику представителям этих жизненных миров, показывает, что каждому миру соответствует свое онтологическое поле, тип активности и тип критической ситуации при столкновении с травмирующими воздействиями. Нами был разработан опросник, состоящий из описания 48 разных способов отношения к разнообразным жизненным ситуациям и поведения в них (12 ситуаций), позволяющий определять тип жизненного мира согласно типологии Ф.Е. Василюка. С помощью анкеты кризисных переживаний (В.Р. Манукян) были исследованы связи особенностей жизненного мира с характером кризисных переживаний студентов. Корреляции степени выраженности жизненных миров с кризисными переживаниями показывают непротиворечивую картину, которая соответствует представлениям о содержательных характеристиках жизненных миров, заложенных в типологии Е.Ф. Василюка, что свидетельствует о валидности разработанной нами методики.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Мизинова Е.Б., Полторак С.В.

*ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

В последние годы в общесоматической практике все чаще встречаются пациенты психотерапевтического профиля, предъявляющие нечеткие, полиморфные, быстро сменяющиеся друг друга соматические жалобы, не укладывающиеся в клиническую картину определенного заболевания. Такие больные многократно обращаются к врачам-интернистам, подолгу обследуются и лечатся у терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов и т.п. Все поставленные клинически диагнозы не подтверждаются лабораторно и инструментально. Но, несмотря на это, пациенты не верят врачам, и упорно продолжают консультироваться у других специалистов. В поисках доказательств наличия у себя болезни, они

продолжают настаивать на проведении все новых обследований, вплоть до хирургических вмешательств. Часто у врачей создается впечатление, что подобные пациенты имеют рентные установки или симулируют болезненную симптоматику. В реальности – за многочисленными жалобами, приносящими больным настоящие страдания, стоят нарушения психической сферы, которые объединены в группу соматоформных расстройств.

Соматоформные расстройства – это группа психогенных заболеваний, характеризующихся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения.

В качестве патогенетической теории формирования соматоформных расстройств принято рассматривать нейropsychологическую концепцию, в основе которой лежит предположение о том, что лица с «соматическим языком» имеют низкий порог переносимости физического дискомфорта. То, что условно здоровые люди ощущают как напряженность, пациенты с соматоформными расстройствами воспринимают как боль. В качестве пускового механизма выступают личностно значимые психотравмирующие ситуации. При этом чаще встречаются не очевидные психотравмы, такие, как смерть, тяжелая болезнь близких, развод и т.д., а хронические стрессовые ситуации дома и на работе, на которые человек мало обращает внимание, однако испытывает постоянное чувство неудовлетворенности.

Для постановки диагноза в первую очередь необходимо исключить соматические причины, которые могут вызвать предъявляемые больным жалобы, и лишь потом ставить вопрос о наличии соматоформного расстройства. Если пациент предъявляет множество нечетких жалоб, которые не находят инструментального и лабораторного подтверждения, в анамнезе у него многочисленные обследования и консультации, результатами которых он остается неудовлетворен, то можно предположить, что он страдает соматоформным расстройством. В пользу соматоформного расстройства свидетельствует также своеобразие реакций на диагностические вмешательства и симптоматическую терапию: парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций; тенденция к смене ведущего соматического синдрома; нестойкость полученного терапевтического эффекта; склонность к идиосинкразическим реакциям. Решая подчас сложный вопрос дифференциальной диагностики следует помнить, что за любыми соматическими жалобами у больных с соматоформными расстройствами стоят нарушения психической сферы, которые могут быть выявлены при тщательном расспросе: сниженное настроение, не достигающее уровня депрессии, упадок физических и умственных сил, часто присутствуют раздражительность, чувства внутренней напряженности и неудовлетворенности.

Лечение соматоформных расстройств на сегодняшний день предполагает обязательное сочетание психофармакотерапии и психотерапии. Отягчающим обстоятельством в отношении психотерапевтических интервенций является тот факт, что таким больным крайне тяжело принять мысль о психологической природе своих соматических ощущений. В этой связи программа лечения должна быть строго индивидуализированной с установлением долговременного поддерживающего контакта с одним врачом-психотерапевтом.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Миназов Р.Д.

*ООО «Клиника ИНСАЙТ»
Казань*

В современной психотерапевтической практике особое место занимают проблемы личностных расстройств. Сложность диагностики этих нарушений обусловлена полиморфной симптоматикой в клинической картине пациентов. Многие из них наблюдаются в условиях амбулаторной психотерапии с симптомами обсессивно-компульсивных, панических расстройств. Некоторые пациенты имеют симптомы психотического регистра, тем самым попадая в поле зрения психиатров. Немалая доля личностных расстройств находится «под оболочкой» аддикций, поэтому пациенты наблюдаются в условиях наркологических отделений.

Несмотря на разнообразие клинических проявлений, этих пациентов объединяет отсутствие знаний и, как результат, отрицание диагноза расстройства личности. Дефицит внимания со стороны врача к имеющемуся личностному расстройству пациента приводит к ошибочной тактике терапии в целом. Психообразовательные программы позволяют получить информацию о психическом заболевании с целью понимания своего состояния и своевременного распознавания и контроля отдельных болезненных проявлений и симптомов.

Каждый пациент Клиники «Инсайт» при обращении, как в стационар, так и в амбулаторию помимо обследования клинико-биографическим методом проходит психодиагностику. Опросник SCID II служит не только диагностическим инструментом для врача, но также одним из способов самопознания для пациента. Обсуждение критериев расстройства личности происходит в контексте анализа биографии пациента и укрепляет терапевтический альянс. Такой способ позволяет снизить сопротивление пациента, а также сформировать и развить наблюдающее Эго. Таким образом, решается задача достижения адекватного представления пациентом своей болезни.

Анозогнозия в отношении пограничного расстройства препятствует проработке на личностно-ориентированном уровне. Поэтому двигаясь с пациентом «от

периферии к центру», то есть от симптомов к личности, возникает сопротивление, как самого пациента, так и его родственников. В результате пациенты нередко прерывают терапевтический процесс, возникает высокая вероятность рецидива заболевания. Каждый рецидив сопряжен с разочарованием в себе, враче и лечении в целом.

Таким образом, использование психообразовательного подхода позволяет донести полную и достоверную информацию о заболевании пациенту и его родственникам, обеспечивая повышение качества психиатрической и психотерапевтической помощи.

**ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНОГО,
«ДОКРИМИНАЛЬНОГО» ПОВЕДЕНИЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ:
ОБОСНОВАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Можгинский Ю.Б., Андрианова Т.А.

*ГБУЗ г. Москвы, КПБ 4 им. Ганнушкина
ГБУЗ г. Москвы, ПБ 13
Москва*

Важной особенностью агрессии подростков является ее слабая предсказуемость, «внезапность». Особый интерес представляет т.н. «рискованное поведение», включающее в себя прием психоактивных веществ, расстройства сна, прогулы занятий, депрессивные переживания (Clarke G., Harvey A.G., 2012; Chitsabesan P., Krol L.I., Bailey S. et al., 2006). В наших наблюдениях имели место разные формы подростковой агрессии – сверхценно-бредовая, ситуационная, импульсивная (Можгинский Ю.Б., 2011). Зачастую ставился вопрос о немедленной госпитализации, вызове полиции, обращении в ИДН. К приему нейролептиков быстро наступал этап привыкания, наблюдалось углубление депрессии, тягостное чувство заторможенности. Подростки и их родители сами прекращали прием препаратов.

При отсутствии психотических симптомов рациональная психотерапия пациентов и их родителей с разъяснением сути возникающих проблем, привитие навыков поведения в конфликтных ситуациях позволяет нормализовать состояние подростков без нейролептической терапии или с минимальным ее использованием. Ведущее значение имеет обучение родителей правильным действиям в ситуации конфликта.

В коррекции «докриминального» поведения несомненную пользу приносит участие в психотерапевтических группах. Феномен «раскрепощения», присутствующий, в особенности, при общении в социальных сетях, способствует большей откровенности и доверительности. Собственно, на это направлено и применение интернет – технологий в психотерапии, получающее сегодня все большее развитие. В этом же ряду стоит и активизация творчества – надо не ужасаться увлечению «готами», неформалами, а учитывать эти подростковые потребности.

Психотерапевтические методики направлены на преодоление невротических, депрессивных комплексов и одновременную активизацию психической энергии, решению подлинных проблем подростка. Апелляция к подсознанию, активация его работы по излечению, с элементами различных современных адаптированных методик направлены на «разоружение» агрессивных подростков, приготовившегося противостоять «насилию» терапевта.

**ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РАБОТЫ
С ЭМОЦИЯМИ В АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Назарова Н.Р.

*МРО СПбГБУЗ «Психоневрологический диспансер №5»,
СПбГИК, Санкт-Петербург*

В ходе арт-терапии во время изображения своих проблем, воспоминаний, эмоций пациент конкретизирует их, используя различные художественные материалы. Видя свои проблемы в физическом воплощении, он может их проанализировать с помощью терапевта и понять свое беспокойство и свое отношение к проблеме. Такое когнитивное отношение к эмоциям ведет к уменьшению эмоционального напряжения

Выявленная скудость как изобразительного, так и вербального языка, относящегося к сфере эмоций, привела нас к разработке модели сочетания методов когнитивной психотерапии с арт-терапевтическими методиками. В ходе работы проводилось «срезовое» исследование промежуточных результатов работы. С учетом непостоянного состава группы мы можем анализировать только средние значения полученных данных.

По методике URICA: после первого года работы большинство членов группы оставалось на стадии предварительного обдумывания, лишь два человека показали результаты, соответствующие второй стадии, стадии обдумывания.

Результаты по шкалам эмоционального интеллекта были низкими, но после первого года работы группы наметилась тенденции к увеличению показателя «эмоциональная осведомленность», что отражает эффективность выбранного сочетания методов когнитивной психотерапии и арт-терапии.

Средний балл группы по методике Дембо-Рубинштейн по шкале «Отношение к себе» составил 46 баллов из 100, что отражает заниженную самооценку и пессимистический настрой относительно себя самого. По шкале AOS средние показатели по параметрам «активность» и «оптимизм» составили 18 баллов каждый, что соответствует центральному выделенному сектору «реалисты». Среднее значение по параметру «активность» на 1 балл превышает значение, пограничное между пассивностью и активностью. Средний балл по параметру «оптимизм» на 2,5

балла меньше пограничного значения между пессимизмом и оптимизмом, то есть в группе преобладает, скорее, пессимистическое эмоциональное состояние. Это также проявляется вербально в обсуждениях, когда пациенты рассказывают о своих эмоциональных переживаниях.

Анализируя полученные данные исследования, можно утверждать, что работа с эмоциями в арт-терапевтической группе не может приводить к быстрым объективным результатам. Это связано, в том числе, с физиологической и нейропсихологической основой нарушения функционирования мозговых структур, отвечающих за эмоциональную сферу пациентов. То есть, оправдана и показана длительная арт-терапевтическая работа с эмоциональной сферой у пациентов с психическими заболеваниями.

ВОЗМОЖНА ЛИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ?

Назыров Р.К.

*Институт психотерапии и медицинской психологии
РПА им. Б.Д. Карвасарского*

Современная медицина, опираясь на достижения молекулярной диагностики приобретает новое качество, позволяющее добиться более эффективного лечения заболеваний с применением отобранных или даже специально разработанных препаратов. Цель персонализированной медицины состоит в том, чтобы найти подходящий способ лечения конкретного больного, а в некоторых случаях разработать схему лечения в соответствии с его генотипом.

Такой подход ставит перед психотерапией и другими медицинскими специальностями области охраны психического здоровья (психиатрия, сексология, наркология, нейрореабилитация) ряд сложнейших теоретических и практических вопросов, о возможности проведения лечения, основанного на данных генетических исследований. Их разработка может иметь фундаментальное значение не только для дальнейшего развития психотерапии, но и для более глубокого понимания связи биологических проявлений болезни с психическими функциями и психологическими особенностями обращающегося за психотерапией пациента.

Может ли в принципе психотерапия стать персонализированной медицинской специальностью, что позволит опираться в работе с пациентами на генетические исследования и использовать их результаты в качестве ресурса повышения клинической эффективности?

Попытка ответа на этот вопрос неизбежно анализирует современные взгляды на сущность феномена психического и обращение к нерешенным до настоящего времени научным проблемам «психофизического параллелизма», «биосоциальной проблемы» и связанных с ними вопросов формирования психики и развития языка в онтогенезе.

При поверхностном анализе результатов научных исследований, персонализированная психотерапия представляется едва ли возможной в связи с существующими представлениями о психофизическом параллелизме физиологических и психологических процессов. Большинство современных исследователей не видят аргументов за существование прямых связей нейробиологических и психических процессов. Эта точка зрения косвенно подтверждается результатами генетическими исследованиями в психиатрии, которые показали, что точно прогнозируемые генетические детерминанты не применимы к психическим расстройствам. Вероятнее всего психические расстройства возникают при взаимодействии факторов окружающей среды и особенности индивидуального развития с генами человека.

Попытка же «психотерапевтического ответа» на «персонализированный вызов» медицины может интенсифицировать научный анализ этих фундаментальных вопросов устройства психического и без сомнения окажется ценной для развития клинической психотерапии. Клиническая психотерапия, основанная на представлениях о системе мишеней интервенций и индивидуальной психотерапевтической программы, вполне может рассматриваться в качестве попытки персонализации психотерапевтического лечения, основанного на личном подходе.

Среди выделяемых групп психотерапевтических мишеней предусматривается выделение тех, которые связаны с клиническим проявлением расстройства и его симптомов, имеющих в своем этиопатогенезе психологические и психосоциальные механизмы.

Появившиеся данные о влиянии социальных факторов и отношений на экспрессию генов, доказательства существования «окон» в человеческом нейробиологическом развитии и важной роли ранней травмы в формировании структур мозга, рандомизированные исследования, подтверждающие воздействие психотерапии на уровень обратного захвата серотонина, отражаются в профессиональном мировоззрении психотерапевта.

Все это дает основание не только не отвергать возможность существования персонализированной психотерапии в будущем, но и направить усилия на проверку такой возможности в ближайшее время с учетом уже имеющихся клинических, психологических и генетических данных.

АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ КАМПАНИЯ 2000 ГОДА

Немцов А.В.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии
– филиал ФГБУ ФМИЦПН Минздрава России
Москва*

В новейшей истории России было три существенных снижения потребления алкоголя. Первое – в связи

с антиалкогольной кампанией 1985 г. Оно продолжалось 3 года. Длительность второго – 4 года (1995-1998 гг.). В 2004 г. началось третье снижение потребления, история которого началась в 2000 г. Ее обозначило создание Росспиртпрома (РСП) и антипивная кампания (Г.Онищенко). Позже к этому добавилось Росалкогольрегулирование (РАР). Главным в деятельности РСП и РАР было банкротство нескольких сотен предприятий алкогольной промышленности. Это и многое другое принесло государству огромные убытки, алкогольному рынку – нестабильность, иногда дезорганизацию. Это стало главной причиной начала снижения потребления в 2004 г. По сути дела в 2000-м году началась вторая антиалкогольная кампания. Объектом кампании 1985 г. был потребитель, второй – алкогольный рынок, а в нем в первую очередь – производитель. Целью первой кампании было снижение потребления и оздоровление экономики. Целью второй было наполнение бюджета с помощью подавления нелегального рынка. Методы первой кампании – снижение производства и ограничение торговли. Методы второй менялись по ходу кампании. Главным оставалось вытеснение с рынка мелких и средних игроков, которые, как предполагалось, являются основными поставщиками нелегальной продукции. При этом происходило перераспределение активов в пользу крупных игроков. К методам второй кампании следует отнести ЕГАИС, рост акцизов и минимальной цены на спиртное, жесткая, иногда криминальная конкуренция. Инструментом первой кампании стало административное давление. Главными инструментами второй стали РСП и РАР. В результате не произошло ни оздоровления экономики в первую кампанию, ни наполнения бюджета за счет алкоголя во вторую. Благоприятное снижение потребления и смертности в первую кампанию было непродолжительным. Вторая кампания была более эффективной в связи с надвигающимся кризисом и дефицитом бюджета. И та, и другая кампания вызвали рост потребления нелегального алкоголя. Причины неудачи, как первой, так и второй кампании – некачественное руководство, отсутствие подготовки, непонимание потребностных свойств алкоголя, бедность населения. Вторая кампания отличалась от первой мощной коррупционной составляющей.

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Овчинников А.А., Султанова А.Н.

*ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ МЗСР России
Новосибирск*

Психотерапия – это общий термин, который используют для описания любого действия, которое вовлекает пациента и терапевта в межличностные отношения с целью облегчения страданий пациента, вызванных психологической проблемой или расстройством. Doi T. утверждает, что эти межличностные отношения обычно основаны потребности в зависимости, хотя Prince R. задает вопрос,

является ли это ключевым элементом во всех формах психотерапии, которые существуют в разных культурах. Общим для всех психотерапевтических практик является то, что они сориентированы на «мобилизацию исцеляющих сил самого пациента», т.е. привлекается механизм копинга и другие психологические ресурсы индивида.

В каждой культуре существует треугольник взаимосвязей между клиентом, врачом и обществом. Обычно доминирующие в обществе культурные убеждения и практики включены в психотерапевтический процесс, так как формируют часть определений и понимание проблемы и терапевтом и пациентом.

В настоящее время существует растущая потребность в улучшении научных знаний о психическом здоровье мигрантов, а также для профилактики психических расстройств у людей, меняющих место жительства. Это может быть достигнуто, в первую очередь, за счет снижения структурных барьеров для психического благополучия: в частности, врачи должны знать культуральные особенности в области психического здоровья мигрантов.

Основная часть мигрантов, приезжающих в Россию – это мигранты из Таджикистана. В процессе психотерапии в контексте терапевт-пациент гендерные различия могут иметь огромное значение у представителей культур, проповедующих Ислам. Очень ярко эти различия прослеживаются в культурах, проповедующих Ислам: мужчина является однозначно главой семьи, владеет огромным авторитетом среди всех ее членов. Существует своеобразная иерархическая система уважения, подчинения: глава семьи находится под отцовским авторитетом. Опираясь на вышесказанное, терапевт в процессе своей работы должен учитывать эти важные аспекты культуры и обратить внимание на неуместность сведения к минимуму власти родителей и изменение иерархической структуры семьи.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Оганесян Н.Ю.

*ГПБ №6 (стационар с диспансером), ГПБ №7
(Клиника неврозов им. И.П. Павлова)
Санкт-Петербург*

Координация движений (от лат. *coordinatio* – взаимоотноупорядочение) – процессы согласования активности мышц тела, направленные на успешное выполнение двигательной задачи. При формировании двигательного навыка происходит видоизменение координации движений, в том числе овладение инерционными характеристиками двигающихся органов. В сформированном динамически устойчивом движении происходит автоматическое уравнивание всех инерционных движений без продуцирования особых импульсов для коррекции.

Люди с хорошей координацией, как правило, выполняют движения легко и без видимых усилий, как, например, профессиональные спортсмены или танцовщики. Однако координация нужна не только в спорте. От неё зависит не только каждое движение человека, но и его психическое состояние. Для центральной нервной системы объектом управления является опорно-двигательный аппарат. Двигательные расстройства, возникающие в процессе лечения нейролептиками, существенно влияют на качество жизни больных, приводя к психологической и социальной изоляции. Маскообразность лица, скованность движений и микрография наблюдаются практически у всех больных, принимающих нейролептики на протяжении нескольких недель. Именно эти мишени являются одними из ведущих в танцевальной психотерапии шизофрении. Работа с координацией движений проводится танцевальным терапевтом на протяжении всех 10-и танцевально-терапевтических сессий в стационаре. В групповой танцевальной психотерапии большое внимание уделяется коррекции нарушений пространственной ориентации. Ярко выраженная особенность координации движений больных шизофренией имеет две полярности: 1. моторная заторможенность со стереотипиями; 2. «моторное резонёрство» с обилием раскоординированных движений с резкой сменой угла поворотов. Чтобы кинематическая цепь совершала нужное движение, необходимо исключить те степени свободы, которые для данного движения являются избыточными. Это достигается с помощью правильно построенных движений танцевального терапевта при отзеркаливании их пациентом. В тоже время, многие пациенты, особенно с частотой госпитализаций 2-4, имеют достаточно сохранную координацию движений, что является ресурсом для психомоторного воздействия в танцевальной психотерапии. Это позволяет быстрее открыть таких пациентов, как для вербальных контактов, так и для чувственного эмоционального самовыражения в танцевальной импровизации. Резюмируя необходимо отметить, что тесный контакт танцевального терапевта с лечащим врачом при обсуждении психомоторного состояния пациентов влияет на процесс реабилитации.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Петрова Н.Н., ²Палкин Ю.Р., ²Демьяненко А.М.,
¹Меньшиков Г.А.

¹Санкт-Петербургский государственный университет,
кафедра психиатрии и наркологии

²СПБ ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7
им. акад. И.П. Павлова»
Санкт-Петербург

В настоящее время отсутствует унифицированный подход к оценке эффективности психотерапии (Карвасарский Б.Д., 2006). **Целью исследования яви-**

лась разработка комплексной оценки эффективности психотерапевтической помощи на примере больных с аффективной патологией невротического уровня. Обследованы пациенты с диагнозом «Невротические, связанные со стрессом расстройства» (F40-F48 по МКБ-10) в возрасте от 23 до 67 лет (средний возраст 27,15±12,15 лет). Возраст начала заболевания – 23,77±4,52 года. Давность заболевания 2,41±7,17 года. Продолжительность групповой психотерапии составила 30 дней, количество сессий – 3 в неделю, продолжительность сессии – 50 минут. Использованы метод клинико-шкальной оценки с применением Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и Визуальной шкалы оценки качества жизни, психологический метод (методики УСК, Хейма), статистический метод (программы IBM StatSoft Statistica v.8.0.725, Microsoft office Excel 2007). Выраженность депрессии составила 9,9±4,7 балла и тревоги – 10,6±5,6 балла по Госпитальной шкале. Пациенты обнаружили снижение показателя общей интернальности и интернальности в сфере семейных отношений (3,81±2,5 и 3,87±3,4 балла по шкале УСК, соответственно). Наиболее проблемной оказалась сфера эмоционального копинг-поведения (неконструктивные стратегии – 53%). В результате психотерапевтического воздействия выраженность тревоги снизилась на 32%, в 25% случаев было достигнуто выздоровление по этому параметру. Выраженность депрессии снизилась на 54%, выздоровление наблюдалось у 50% пациентов. Достоверно повысились исходно сниженные показатели интернальности. Отчетливо повысилась частота конструктивных копингов в когнитивной и эмоциональной сферах, однако число адаптивных копинг-стратегий в поведенческой сфере уменьшилось (30,6 и 18%, соответственно), при этом возросло число относительно конструктивных поведенческих копингов (48,9 и 54,1%, соответственно). Качество жизни больных претерпело достоверно положительную динамику и повысилось с 4,7 до 7,3 баллов по ВАШ. Таким образом, в результате краткосрочной групповой психотерапии невротических депрессий ремиссия была достигнута у 31% больных. Обнаружена большая эффективность в отношении депрессии по сравнению с тревожными нарушениями. Улучшение психического состояния больных сопровождается повышением интернальности в проблемных сферах. Показатель интернальности повысился у 56% больных, достиг нормы – у 37% больных, что отражает позитивный эффект психотерапии. В процессе краткосрочной групповой психотерапии наибольшую положительную динамику претерпевает эмоциональная сфера копинг-поведения. Качество жизни обнаруживает достоверную положительную динамику в процессе психотерапии в 87,5% случаев.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

¹Прошенко С.А., ²Бубнова И.В., ²Чубрикова А.В.

¹СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

²ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург

Большинство современных исследований в отношении онкологических пациентов посвящены преимущественно проблеме влияния заболевания на психическое состояние больного – изучению психопатологических нарушений, психогенных реакций.

Необходимость оказания психотерапевтической помощи онкологическим пациентам не вызывает сомнения, однако до сих пор не существует единых стандартов ее проведения и не обозначены показания к ее применению. Существует мало исследований, которые изучали бы динамику эмоционального реагирования, личностные изменения, изменение внутренней картины болезни в процессе психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. Важно отметить, что в результате недостаточного психологического и соматического иммунитета любая интервенция в отношении данной категории пациентов должна быть хорошо изучена и научно обоснована.

По количеству исследований когнитивная психотерапия занимает лидирующее положение среди всех существующих подходов. Эта форма терапии признана наиболее эффективной для лечения ряда эмоциональных нарушений – депрессивных, тревожных, фобических состояний, характерных для пациентов, болеющих жизнеугрожающими заболеваниями. Краткосрочность данного метода является несомненным достоинством для онкологических пациентов, находящихся в зоне биологического риска, высокого уровня неопределенности. Психотерапевтическое воздействие ориентировано на адаптацию к собственным переживаниям через поиск и изменение иррациональных (нереалистичных, неэффективных) глубинных убеждений и негативных представлений пациента о себе в связи с наличием тяжелого соматического заболевания, на формирование и поддержание положительной установки на «жизнь» во всех ее проявлениях (работа, семья, дети, друзья, творчество и т.д.).

Экспериментально-психологические данные, полученные в результате исследования участников когнитивной групповой психотерапии свидетельствуют о снижении общего психоэмоционального напряжения, снижении невротических и болезненных реактивных состояний, восстановлению эмоционального и когнитивного функционирования. По результатам субъективного опросника участники отмечали улучшение настроения, отсутствие нарушения сна, понимание себя и окружающих, оптимистичный взгляд на будущее.

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Рогачева Т.В.

ЧОУ ВО «Уральский медико-социальный институт»
Екатеринбург

Понятие «компетентность» давно и успешно разрабатывается в психологии, где определяется как уровень осведомленности специалиста в своей профессиональной деятельности, т.е. мера соответствия личности выбранной профессии. К сожалению, можно констатировать, что в вузовской системе студент, преподаватель и администрация по-разному представляют себе образовательные задачи. Во-вторых, компетентным можно считать профессиональное поведение, при котором человек демонстрирует готовность и способность содействовать климату поддержки и поощрения тех, кто пытается вводить новшества или ищет способы более эффективной работы. Третьим показателем компетентности выступает мотивированность профессиональной деятельности, в которую входят: усилия, направленные либо на процесс, либо на результат, ожидания от выполненной работы и представления о значимости результата. Таким образом, вопрос традиционного обучения – «Чему учить?», становится менее актуальным. Компетентностный подход делает акцент на деятельностном содержании образования, что требует другой постановки вопроса, а именно «Каким способам деятельности обучать?» В этом случае основным содержанием обучения являются действия, операции, соотносящиеся не столько с объектом приложения усилий, сколько с проблемой, которую нужно разрешить. В учебных программах деятельностное содержание образования акцентировано на способах деятельности, которые необходимо сформировать, на опыте квази-профессиональной деятельности, который накапливается и осмысливается как студентом, так и преподавателем.

Другими словами, цель современного образования – формирование такой картины мира, которая сможет обеспечить ориентацию будущего специалиста в различного рода жизненных ситуациях, в том числе и в ситуациях неопределенности. Поэтому образование должно следовать от дисциплинарной модели усвоения суммы знаний и навыков, от достаточно жесткой модели профессионального обучения, которое ближе к идеологии «подготовки», к формированию определенных установок для совместной демократической деятельности в системе «преподаватель – студент». Такая деятельность предполагает совместное творчество, решение жизненных задач, надситуативную активность, профессиональную культуру как студента, так и преподавателя. Именно эти ценностные ориентиры, становясь достоянием общественного сознания в сфере образования, содействуют становлению такого образования, которое, по образному выражению Л.С. Выготского, способно перейти от безличных систем к судьбам каждой личности и обеспечить формирование компетентностей будущего специалиста.

ПРОБЛЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Романов Д.В.

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) относят к наиболее распространенным вариантам личностных расстройств. Разнообразие клинических проявлений ПРЛ и высокий удельный вес ассоциированной психической патологии существенно затрудняет диагностику расстройства. Отечественные психиатры испытывают значительные затруднения в установлении правильного диагноза у таких пациентов. Наиболее часто ошибочно диагностируются биполярное аффективное расстройство, диссоциальное и истерическое личностные расстройства. Совершенствование диагностики ПРЛ должно способствовать своевременному началу лечения ПРЛ и уменьшению связанного с расстройством суицидального риска. Западными исследователями разработан ряд шкал, предназначенных для диагностики ПРЛ, самыми известными из которых являются DIB-R, ZAN-BPD, MSI. Адаптации данных методик в отечественной психиатрии не проводилось. Большинство методик, предназначенных для диагностики ПРЛ, представляют собой тесты самооценки, что снижает достоверность информации, получаемой непосредственно от пациента. Нами была разработана шкала клинической оценки пограничного расстройства личности (патент РФ 2564752). В отечественной психиатрической практике аналогов данная методика не имеет. Шкала предназначена для использования врачом-психиатром, наркологом и психотерапевтом. Структура шкалы представлена 15 параметрами, включающими базовые психопатологические и поведенческие проявления ПРЛ, характеристики социальной и коммуникативной адаптации. Каждый параметр оценивается в 1 балл (наличие признака) или 0 баллов (его отсутствие). Опытным путем определены диагностические значения суммарного балльного показателя. Для диагностики ПРЛ необходимо достижение суммарного показателя в 12 баллов для лиц в возрасте до 40 лет, и 10 баллов – для лиц в возрасте старше 40 лет. Данная поправка учитывает преобладание регрессионного варианта течения расстройства, при котором выраженность симптомов с возрастом уменьшается. Сравнение эффективности диагностики ПРЛ с помощью предложенной методики и DIB-R показало сопоставимые результаты. Разработка стандартизированных диагностических инструментов позволит повысить эффективность распознавания такого социально-значимого психического расстройства, как пограничное расстройство личности.

РОЛЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ВНУТРИВУЗОВСКОГО И ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА

**Романов Д.В., Стрельник С.Н., Носачев И.Г.,
Яшихина А.А., Зейгер М.В., Поздеева А.Н.**

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Существующие нормативные требования к подготовке психотерапевта (ПТ) локализуют ее в сегменте дополнительного профессионального образования. Представляется, что процесс формирования профессиональной идентичности ПТ требует длительного времени и должен начинаться со студенческого периода обучения. Основой подготовки ПТ выступает последовательное участие обучающегося в программах вузовской и последующей профессиональной подготовки. Сотрудниками кафедры психиатрии СамГМУ была разработана система вузовских дисциплин, направленных на расширение подготовки студентов лечебного и педиатрического факультетов в области психиатрии и психотерапии, и включившая элективы «Основы психоанализа» (4 курс), «Основы сексологии», «Основы психосоматической медицины», «Профилактика алкоголизма и наркоманий» (5 курс) и «Основы психотерапии при соматических заболеваниях» (6 курс). Наибольшую заинтересованность в участии в данных циклах демонстрируют студенты, активно занимающиеся в СНО и планирующие выбрать профессию ПТ после окончания ВУЗа. Тематика данных циклов дополняет содержание вузовской программы по психиатрии сведениями о личностных аспектах патогенеза психических и соматических заболеваний, пограничных психических расстройств и психотерапевтическом методе лечения. Обучение в ординатуре по специальности «психотерапия» является, на сегодняшний день, оптимальной формой профессиональной подготовки ПТ. Обучающиеся в ординатуре приглашаются к работе двух профессиональных ассоциаций врачей-психотерапевтов и клинических психологов Самарской области, в рамках деятельности которых действует система прохождения личного тренинга (анализа) и участия в работе супервизионных и интервизионных групп. Включенность ПТ в деятельность интервизионных групп и регулярное обсуждение межличностных коллизий, возникающих в процессе психотерапии, обладает профилактическим потенциалом и снижает вероятность профессионального выгорания ПТ. Профессиональная подготовка ПТ представляет собой длительный процесс, который занимает, в общей сложности, более десяти лет. Представляется, что последовательное участие обучающегося в системе логически связанных программ вузовской и последующей профессиональной подготовки является основой формирования профессиональной идентичности ПТ, в дальнейшем укрепляющейся за счет накопления врачом профессионального опыта.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Рузиева Г.Х.

*Ташкентская медицинская академия
Ташкент*

Целью исследования явилось изучение типологии и динамики личностных реакций на возникновение и течение сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие пациенты Республиканского Специализированного Научно-Практического Центра Эндокринологии, проходившие плановое лечение, с диагнозами: декомпенсированный сахарный диабет I и II типа. Возраст в группе больных варьировал от 30 до 60 лет. Продолжительность заболевания находилась в интервале 5-7 лет. Пациентами были лица как мужского, так и женского пола. Для определения типа личности в исследовании был использован характерологический опросник К. Леонгарда.

Результаты. У больных с анозогнозией чаще встречались акцентуации характера по экзальтированному типу, реже – по тревожному, дистимическому и эмотивному типам. Проблемы управления СД в данной группе пациентов решались несколько лучше, чем в группе больных с гипернозогнозией. Казалось бы, «отрицание» проблемы как таковой должно вести к очень серьезным проблемам в управлении СД, но можно предположить, что происходит «отрицание» не самого заболевания, а «отрицание» возможности развития у данных пациентов осложнений СД и его последствий. Лица с гипознозогнозией имели наиболее адекватное отношение к заболеванию. Вероятно, это происходило в силу имеющих личностных и психоэмоциональных особенностей пациентов, то есть они не боялись брать ответственность на себя за решение сложных жизненных ситуаций.

Выводы. Таким образом, внутренняя картина болезни при сахарном диабете – это сложное, структурированное образование, включающее в себя, по крайней мере, четыре уровня психологического отражения болезни: 1) уровень непосредственно-чувственного отражения (обусловленные болезнью ощущения и состояния); 2) эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека); 3) интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания); 4) мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры). Подробный анализ данной темы и рекомендации по целенаправленной коррекции психического статуса больного сахарным диабетом полезны как для организации лечебно-диагностического процесса с участием врачей различных специальностей, так и при проведении медицинской экспертизы.

СКЛОННОСТЬ К СУИЦИДУ У ВРАЧЕЙ

Рузиева Г.Х., Парпиев Ш.

*Ташкентская медицинская академия
Ташкент*

Актуальность. Первое место среди врачей по высокому суицидальному риску занимают психиатры, за ними следуют офтальмологи, анестезиологи и стоматологи. К сожалению, в современной отечественной литературе отсутствуют исследования, направленные на профилактику суицидального риска у лиц, оказывающих лечебную помощь.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди медицинских работников клиники Ташкентского медицинского института в период с октября по декабрь 2015 года. Уровень депрессии и тревоги оценивались с помощью патопсихологических опросников Гамильтона и шкалы депрессии Бека (BDI). В исследовании приняли участие 25 медицинских работников, в возрасте от 28-56 лет.

Цель исследования: определить наличие и уровень депрессивных расстройств и риск суицида у медицинских работников.

Результаты исследования. По результатам теста выявлено, что умеренная депрессия встречалась у 48% и легкая – у 16% медработников. Суицидальные мысли выявлены у 34%. Депрессивное настроение – у 25 человек (100%), мысли о самоубийстве – у 10 (40%), психическая тревога – у 15 человек (60%), бессонница – у 12 (48%), соматическая симптоматика – у 13 (52%), интеллектуальная заторможенность – у 18 (72%), эмоциональная заторможенность – у 11 человек (44%), утомляемость и болевой синдром – у 10 человек (40%). Плохой аппетит или значительная потеря массы тела отмечались у 10 (40%) человек, бессонница – у 15 (60%), психомоторное возбуждение или заторможенность – у 18 (72%), потеря интереса или удовольствия – у 14 (50%), утрата энергии, слабость – у 16 человек (64%), самообвинение или чувство вины – у 10 (40%), снижение способности думать или сосредоточиваться – у 13 (52%).

Выводы: 1) высокий уровень риска суицидального поведения среди обследованной категории; 2) депрессия явилась причиной снижения интеллектуально-мнестического потенциала; 3) характерна выраженность сомато-вегетативных расстройств, снижение качества жизни. Полученные данные свидетельствуют об обоснованности разработки мер по превенции аутоагрессивных действий.

**ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
С РАЗЛИЧНЫМ КАЧЕСТВОМ РЕМИССИИ**

**Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Киселев А.С.,
Крупницкий Е.М.**

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Цель исследования. Изучение оценки субъективного восприятия качества жизни (КЖ) больных алкогольной зависимостью (АЗ) с различным качеством ремиссии.

Материалы и методы. Обследованы пациенты, соответствующие критериям АЗ по МКБ-10 давностью не менее 1 года с купированным алкогольным абстинентным синдромом (ААС). Для определения качественных характеристик ремиссии был использован комплексный динамический анализ трех компонентов: 1 – уровня тяжести сохраняющихся в ремиссии психопатологических расстройств, 2 – показателей социального функционирования, 3 – субъективной оценки восприятия качества жизни.

В качестве статистических характеристик были рассчитаны средние, стандартные ошибки и среднеквадратичные отклонения. Для качественных признаков были подсчитаны частоты и процентные соотношения. Для выявления однородных групп пациентов был проведен двухэтапный кластерный анализ. Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0.05$.

Результаты исследования. В статистический анализ включено 80 больных (56 мужчин – 70% и 24 женщины – 30%), средний возраст которых составил 47 ± 1 год.

Результаты кластерного анализа показали, что включенные в анализ клинико-психологические характеристики больных АЗ, образуют два различных качественных варианта (кластера). Кластер А составили 35 человек (44%), кластер Б сформировался из 28 человек (35%). 16 больных (21%) не вошли в указанные кластеры. В кластере А отмечалось статистически значимое улучшение субъективного восприятия КЖ в ремиссии по сравнению оценкой КЖ в период алкоголизации ($13,4 \pm 0,5$ vs $15,1 \pm 3,1$; $p = 0.001$; дисперсионный анализ). Общая оценка КЖ пациентов кластера Б существенно не улучшилась по сравнению с периодом пьянства на всех исследованных сроках ремиссии. В первые 6 месяцев ремиссии срывы и рецидивы заболевания произошли у 6 (17%) больных кластера А и у 18 больных кластера Б (66%) ($p < 0.01$; точный критерий Фишера). Ремиссии более 6 месяцев сохранялись у 29 больных кластера А (83%) и у 7 больных (24%) кластера Б ($p < 0.01$; точный критерий Фишера). Расстройства адаптации, предшествовавшие наступлению срыва и (или) рецидива были обнаружены у 15 больных кластера Б (55%) и лишь у 4 больных кластера А (11%) ($p = 0.01$; точный критерий Фишера).

Заключение. Низкие оценки КЖ могут являться одним из статистически значимых факторов, влияющих на событие «рецидив».

**ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ
АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА
У БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

Саунова М.С., Рохлина М.Л.

*ГБУЗ МО «Красногорская городская больница №3», Красногорск
ФГБУ ННЦ наркологии МЗСР РФ, Москва*

В последние годы во всем мире возрастает число подростков с зависимостью от психостимуляторов амфетаминового ряда. Однако, особенности формирования у них зависимости, клинического течения отмены остаются малоизученными.

Цель: Изучить особенности синдрома зависимости от психостимуляторов амфетаминового ряда в возрастном аспекте.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 100 пациентов в возрасте 13-25 лет с синдромом зависимости от амфетамина/метамфетамина, которые были разделены на 2 группы: группу А составили 50 пациентов 13-17 лет, а группу В – 50 пациентов 18-25 лет. Их обследование включало анкетный опрос, клинические методы (осмотр психиатром-наркологом, терапевтом), лабораторные методы, специальные методы (шкала Amphetamine Cessation Symptom Assessment, шкала Монтгомери и Асберга, шкала Amphetamine Craving Questionnaire).

Результаты. При сопоставлении формирования синдрома зависимости было отмечено, что в группе А пациенты достоверно чаще дебутировали с вдыхания паров растворителей и употребления медицинских препаратов, тогда как в группе В – с употребления кокаина, амфетаминов и галлюциногенов. Период формирования наркотической зависимости был достоверно больше в группе А – $18,32 \pm 1,12$ мес., тогда как в группе В – $14,47 \pm 1,04$ мес. ($p < 0,05$) и характеризовался у подростков, в отличие от совершеннолетних, склонностью к полинаркотизации. В период сформированной зависимости характер потребления амфетаминов также был различным – периодический в группе А и ежедневный в группе В.

При сопоставлении течения синдрома отмены у пациентов разного возраста было выявлено, что в группе А достоверно чаще отмечались аффективные расстройства (100,0% и 72,0% соответственно, $p < 0,05$), тогда как в группе В – соматовегетативные (90,0% и 78,0% соответственно, $p < 0,05$). Пик аффективных расстройств в группе А приходился на 3-и сут. отмены, а в группе В – на 7-е сут. Сопоставление выраженности синдрома отмены психостимуляторов, а также динамики влечения к амфетаминам с помощью различных опросников позволило установить общую тенденцию – в группе А пик расстройств приходился также на 3-и сут. отмены, а в группе В – на 7-е.

Частота возобновления приема амфетаминов после лечения в группах была сопоставимой (16,0% в группе А и 10,0% в группе В, $p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, у подростков с зависимостью от ПАВ амфетаминового ряда имеются достоверные отличия по сравнению с совершеннолетними пациентами как на этапе формирования зависимости, так и в период отмены.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Сафонова Н.Ю.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Астенический синдром является распространенным состоянием, по поводу которого пациенты обращаются к врачам различных специальностей. Лечение астении должно быть комплексным и может включать в себя немедикаментозную (психотерапию, ЛФК, массаж, иглорефлексотерапию и др.) и медикаментозную терапию.

Цель исследования: уточнить возможность нейропротекторов в терапии астенического синдрома легкой и средней степени.

Пациенты с астеническим синдромом были разделены на 3 группы. Первая группа включала в себя 15 пациентов, не имевших в анамнезе неврологической патологии (перинатальной травмы, ЗЧМТ, нейроинфекций и т.д.), вторая группа состояла из 10 больных с перенесенными несколько лет назад ЗЧМТ легкой степени, либо имевших родовую травму в анамнезе, третья группа включала в себя 5 больных без неврологического анамнеза. Все больные включенные в исследование имели астенический синдром легкой или средней степени по ШАС (шкале астенического состояния Л.Д. Майковой, Т.Г. Чертовой). Лечение первой и второй группы включало в себя личностно-ориентированную терапию (ЛОР) и фармакотерапию в виде нейропротекторов, а третья группа получала только ЛОР. Первая группа состояла из 8 женщин и 7 мужчин в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст составил $25,4 \pm 1,6$ лет). Вторая группа включала в себя 6 женщин и 4 мужчин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст составил $24,3 \pm 2,1$ года), третья группа была из 3 женщин и 2 мужчин в возрасте 23-25 лет). Была проведена фармакотерапия в виде курса гопантевой кислоты (в дозировке 250 мг 2-3 раза в день 2 мес.) у больных первой группы и курса холина альфосцерата 2 капс. утром 2 мес. На фоне проведенного курса было отмечено субъективное улучшение самочувствия, улучшение качества жизни, а также уменьшение баллов по ШАС. Оценка лечения проводилась на 3 неделе лечения, при этом пациенты 1 и 2 группы по данным ШАС имели более низкие баллы (что соответствовало более низкой степени астенизации). Таким образом, нейропротекторы желателно включать в комплексную терапию астенического синдрома, особенно при наличии в анамнезе поражения ЦНС.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЫРАЖАТЬ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Семенова Н.В.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Под информированным согласием понимается добровольное, компетентное и осознанное принятие пациентом предложенного варианта лечения (или участия в клиническом/научном исследовании), основанное на получении им полной, объективной и всесторонней информации по поводу предстоящего лечения (вмешательства), его возможных осложнений и альтернативных методов лечения.

До настоящего времени не существует единого мнения относительно того, как следует оценивать добровольность, компетентность и осознанность информированного согласия у больных с психическими расстройствами, сопровождающимися когнитивными нарушениями, в частности, при шизофрении, аффективных психозах и деменции.

У этой проблемы существует два аспекта. Во-первых, это определение доказательственных требований, а именно: какие действия или выражения (вербальные и невербальные) пациента достаточны для установления факта его согласия? В зарубежной практике существует опыт использования «теста благоразумного человека» (*l'homme moyen*), которого устанавливал, заключил бы «благоразумный врач» на основании имеющихся заявлений и поведения пациента, что пациент: а) осознавал риск и опасности, о которых ему сообщалось, и б) выражал желание подвергнуться лечению. Аналогичную цель преследовали также попытки создать «стандарты», определяющие потребности пациента в информации, имеющей существенное значение в принятии решения отказаться или согласиться на лечение.

Во вторых, это оценка уровня понимания пациентом информации для обеспечения значимости согласия. Позиция, основанная на использовании «стандартов», предполагает, что если некий «средний пациент» способен осмыслить предоставляемую информацию, то она адекватна и «осознание» информации можно считать установленным безотносительно к реальному уровню понимания конкретного пациента

Однако очевидно, что согласие не может быть значимым, если пациент не понял того, что сообщил ему врач. Даже когда предоставляемая пациенту информация «адекватна», процесс получения согласия может быть не более чем «ритуал», если информация не может быть воспринята и осмыслена пациентом. Врач должен быть ответствен за то, чтобы предпринять разумные шаги с целью убедиться, понята ли пациентом предоставленная информация, и если она не понята, врач может дополнить или предоставить ее в форме, более понятной для данного пациента.

**ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ
АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ:
ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
НА РЕАБИЛИТАЦИОННОМ
ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА**

Слесарева Г.М.

*ГПБ св. Николая Чудотворца
Санкт-Петербург*

Как представляется, одной из основных задач групповой психотерапии в психиатрической больнице является предупреждение рецидива заболевания. Для этого необходимо следующее:

1) проработка причин возможного рецидива (нарушение комплаенса, семейные или личные проблемы, трудности в социуме и т. д.), т.к. даже перед выпиской пациенты зачастую склонны считать, что они были госпитализированы вследствие действия внешних факторов, а не по причине проявлений своего заболевания;

2) социальная адаптация, т.е. формирование навыков адаптивного поведения.

Под адаптивным поведением понимается такое поведение, которое позволяет индивиду эффективно и безопасно для психического здоровья выстраивать взаимодействие с социумом в рамках его (социума) правил и норм. При этом предполагается, что больные, вышедшие из острого состояния, обладают достаточным потенциалом адекватной личности, т.е. личности, способной оставаться в рамках социальной нормы и заинтересованной в сохранении своего психического здоровья.

Основные положения групповой психотерапии, проводимой в рамках данного исследования:

1) существуют адаптивные (уровень согласия – мотивация носит внешний характер; уровень демократии, высший уровень, – мотивация носит внутренний характер) и неадаптивные (анархия, тирания) формы социального поведения. Знание соответствующих форм социального поведения дает возможность пациенту оценивать и контролировать свое поведение;

2) основными показателями социальной адаптации являются: а) соблюдение правил, принятых в данной реальности; б) позитивное общение, которое реализуется в правилах вежливости, в понимании своих прав и уважении прав других; в) решение задач и проблем, которые ставит данная реальность (на группе могут обсуждаться и проблемы больных, если они их предъявляют);

3) адаптивное поведение представляет собой один из основных факторов сохранения психического здоровья.

Эти положения реализуются и осваиваются на группе в форме инструкций, дискуссий и соответствующих упражнений. При необходимости групповая психотерапия дополняется индивидуальной и семейной психотерапией.

Контингент больных в группе крайне разнообразен (противопоказанием работы в группе может служить

только наличие острых психических нарушений), но всех объединяет желание ускорить выписку из больницы, поэтому группа должна помочь больному осознать причину госпитализации и необходимость активного участия в лечебном процессе, а в дальнейшем – и в предупреждении рецидива заболевания.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И МЕХАНИЗМЫ
ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ-УЧАСТКОВЫХ**

Смирнова С.А., Борщук Е.Л., Баянова Н.А.

*ГБУЗ ООКПБ№2
ГБОУ ВПО ОРГМУ Минздрава России
Оренбург*

Нами проведено анкетирование врачей терапевтов участковых Оренбургской области на предмет самооценки своей профессиональной деятельности. Анкета включала 80 вопросов. Одновременно проводилась оценка распространенности синдрома эмоционального выгорания (СПЭВ) среди них в соответствии с методикой В.В. Бойко с целью нахождения статистически значимых факторов профессиональной деятельности. Согласно интерпретации результатов по Бойко В.В. все респонденты после обработки собранного материала были разбиты на 3 группы: нет признаков СПЭВ, признаки начинающегося СПЭВ и группа с признаками сформировавшегося СПЭВ.

Для оценки связи между качественными и количественными признаками, а также между качественными признаками в изучаемой статистической совокупности мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Проживание в сельской местности является фактором статистически значимо ($P < 0,025$) связанным с распространенностью СПЭВ среди врачей Оренбургской области. Суммарная доля врачей, обслуживающих население сельских поселений, имеющих признаки начинающегося и сформировавшегося СПЭВ, составляет 70,6%, при этом 55,3% из них имеют признаки сформировавшегося синдрома, что может быть следствием повышенных нагрузок и ответственности, лежащих на сельского врача.

Среди факторов, отражающих индивидуальные социально-демографические характеристики, отношение к физической активности статистически значимо ($P < 0,05$) связано с распространенностью СПЭВ: среди врачей, имеющих сформировавшийся СПЭВ, 88,3% занимались спортом от случая к случаю или не занимались совсем. Такая ситуация является подтверждением того, что умеренные, регулярные физические нагрузки являются не только профилактикой стресса, но и профилактикой развития СПЭВ.

Дальнейший анализ был проведен в направлении изучения взаимосвязи СПЭВ с профессиональными си-

туационными и индивидуальными факторами. При анализе взаимосвязи между распространенностью СПЭВ и стажа работы выяснилось, что стаж работы в 10 лет является тем рубежным периодом, по достижении которого статистически значимо ($P < 0,025$) примерно в 2 раза возрастает распространенность сформировавшегося СПЭВ среди врачей.

В результате были определены приоритеты в направлениях совершенствования структурно-организационных мероприятий по оптимизации деятельности врачей терапевтов-участковых.

СОДРУЖЕСТВО КЛАССИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТОВ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова С.В.

*Амурский государственный университет
Благовещенск*

Непростые социально-экономические условия современной жизни приводят к росту психоэмоциональной напряженности в обществе и повышению уровня заболеваемости расстройствами невротического, депрессивного и психосоматического регистров. По мнению современных экспертов более 30% населения нуждаются в консультативной или лечебной помощи специалистов в области психического здоровья, прежде всего психотерапевтов и психологов. Сказанное выше требует пристального внимания к подготовке специалистов, способных оказать помощь в решении психологических проблем населения. При этом следует отметить, что содействие формированию готовности человека к профессиональному самоопределению на всех этапах его профессионального становления выступает сегодня в качестве одной из приоритетных задач образования.

В Амурском государственном университете с 1998 года реализуется программа подготовки специалистов по специальности «Психология», а с 2011 года по специальности «Клиническая психология». Профессиональное развитие предполагает активное качественное преобразование профессионалом своего внутреннего мира, приводящее к новому способу миропонимания и жизнедеятельности. Дабы обеспечить высокий стандарт оказания качественной квалифицированной помощи специалист в сфере психического и психологического здоровья должен иметь доступ к непрерывному повышению собственной квалификации, личной терапии и супервизии.

С целью консолидации психологического и психотерапевтического сообщества на базе Центра психологического образования и организационного консультирования создано региональное отделение Российской Психотерапевтической Ассоциации, в работу

которого включились не только врачи психотерапевты области, но и клинические психологи.

Ведущим методическим подходом, заложенным в основу программы обучения в рамках подготовки психологов, разработанной на кафедре Психологии и Педагогики Амурского государственного университета, является участие студентов в консультативных, коррекционных и терапевтических сессиях, вовлечение будущих психологов в действующие группы профессионального роста практикующих психологов и психотерапевтов.

В течении 4 лет ежемесячно, на базе Амурского государственного университета, региональным представительством Российской Психотерапевтической Ассоциации проводятся супервизорские сессии. Студенты, наряду с опытными практикующими психологами и психотерапевтами имеют возможность участвовать в супервизорской группе. В процессе супервизий ставится акцент на развитии сенситивности специалистов помогающих профессий к процессу взаимодействия с клиентом, развитию умения пользоваться обратной связью при общении с ним, развитию психической гибкости и коммуникативной эффективности, осознанию влияний собственных установок и ценностей на терапевтический процесс. Следует отметить, что групповая работа, ориентированная на личностное развитие, личностный рост, основанный на самопознании, является неременным условием профессионального совершенствования психологов и психотерапевтов. Практикующие специалисты и студенты имеют возможность в неформальной обстановке в рамках постоянно действующего семинара-тренинга «Актуальные вопросы психотерапии и психологического консультирования» получить знания, учения и навыки из уст практикующих сертифицированных психотерапевтов и опытных дипломированных психологов

В течении ряда лет на базе нашего университета Хабаровским Центром Позитивной психотерапии реализуется базовый курс по позитивной психотерапии. По окончании программы сдаются экзамены и выдача сертификата базового консультанта международного центра позитивной психотерапии за подписью президента Х. Пезешкиана (Германия). Регулярно проводятся открытые интервизорские группы и группы самораскрытия. Организована телекоммуникационная связь и несмотря на отдаленность Дальневосточные психологи и психотерапевты, дистантно, имеют возможность принимать участие в обсуждении важных вопросов организации психотерапевтической и психологической помощи на проводимых РПА профессиональных конференциях и семинарах.

Следует отметить, что организация дополнительного образования в рамках гетерогенных групп дополнительных образовательных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки позволяет не только оптимизировать профессиональные компетенции будущих психологов, но и способствует становлению их профессиональной идентичности, внутренней мотивации на освоение профессией.

Таким образом, стоит отметить, что Центр психологического образования Амурского государственного университета и Амурское представительство РПА, созданное на его базе являются ядром профессионального сообщества специалистов в сфере психического и психологического здоровья Амурской области. Развитие современной психотерапии невозможно без дружественной работы образовательных учреждений и профессиональных общественных организаций.

СКРИНИНГ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОСНОВЕ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Соловьев А.Г., Новикова И.А., Голубева Е.Ю.

*Северный государственный медицинский университет
Северный (Арктический) федеральный университет
им. М.В. Ломоносова
Архангельск*

Публикация подготовлена при поддержке Центра социальных технологий «Гарант» в рамках Программы «Активное поколение» 2015 Благотворительного фонда Е.Г. Тимченко.

В крупных европейских научных проектах «Социальные инновации, обеспечивающие активное и здоровое долголетие» (NNOVAGE, 2012-2015) и «Мобилизация потенциала активного долголетия в Европе» (MORAST, 2013-2017) разработаны перспективные направления реализации политики активного и здорового долголетия. В то же время, ухудшение психического здоровья лиц пожилого возраста продекларировано ВОЗ в качестве одной из актуальных проблем оценки здоровья населения по всем мире.

Субъективные и объективные сложности выявления психических нарушений у лиц старшей возрастной группы связаны с малозаметной начальной симптоматикой, медленным, но прогрессивным развитием, наличием проблем памяти с невозможностью точно оценить свое состояние; к психическим расстройствам постепенно присоединяются соматические и неврологические симптомы, а «размах» изменений может колебаться от легкого снижения уровня личности до глубокого распада психической деятельности. Этот список дополняют факторы социального характера с сокрытием проблем родственниками в силу сложившегося стереотипа, приписыванием многих изменений – бессонницы, депрессии, беспокойства, потери памяти – возрастным особенностям, а также отсутствие углубленных знаний врачей о психических изменениях в генезе различных заболеваний у пожилых лиц. В данной ситуации осуществление раннего скрининга изменений психических функций может иметь не только большое медико-социальное, но и экономическое и политическое значение, особенно в рамках разрабатываемого Правительством РФ проекта Стратегии в отношении граждан пожилого возраста до 2025 г.

Нами предложено использование совокупности простых и доступных скринирующих инструментов, в т.ч. компьютерных, для выявления начальных признаков нарушений в таких сферах психического здоровья, как: психоэмоциональной, социально-психологической, когнитивной, личностной, ценностно-мотивационной, психо-соматической и качества жизни, которые можно внедрять во всех социальных центрах по обслуживанию лиц пожилого возраста. В связи со снижением скорости восприятия и анализа информации, повышенной истощаемости внимания, подбор методов основан на выборе заданий с меньшим количеством вопросов, предпочтением опросников с меньшим временем проведения, использованием упрощенных для восприятия методик, например, требующих выбора из предложенных вариантов.

Реализация данного подхода способствует улучшению социальной адаптации, укреплению морального и психологического климата в семье, снижению стигматизации психических расстройств и, в целом, повышению качества жизни и сохранению активного долголетия лиц пожилого возраста.

РОЛЬ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЛАЕНСА У ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Цель исследования: выявление специфических взаимоотношений структуры мотивации к лечению и параметров комплаенса у психиатрических больных.

Материал и методы. Обследованы 104 пациента отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НИПНИ им. Бехтерева. Нозологически по МКБ-10: рубрика F2 – 67 человек, F3 – 15, F4 и F6 – 13, F0 – 9. Участники заполняли разработанный в отделении опросник оценки уровня мотивации к лечению. В нём выделены 6 уровней мотивации: от Igo – мотивация отсутствует, до бго – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии. Лечащие врачи заполняли Шкалу медикаментозного комплаенса (Лутова Н.Б., 2008). Использовали корреляционный анализ Спирмена, тесты Краскела-Уолиса и Мана-Уитни.

Результаты. Ключевую роль в формировании высокой приверженности лечению играет мотивационный механизм, основанный на субъективно переживаемом страдании от заболевания (3 уровень мотивации, $r=0,249$, $p \leq 0.05$). Влияние уровней мотивации к лечению на подсистемы комплаенса различно.

Распространение амотивационного синдрома на мотивацию к лечению пагубно сказывается на подсистеме

мах комплаенса, связанного с пациентом ($r=0,203$, $p\leq 0,05$) и с врачом (значения комплаенса по подгруппам, по мере повышения показателей 1 уровня мотивации: 13,2-13,3-14,5*, $*p\leq 0,05$). Преобладание внешней мотивации к лечению, определяемой давлением близкого окружения больного, негативно влияет на подсистему комплаенса, связанную с окружением (комплаенс по подгруппам по мере повышения 2 уровня мотивации: 13,2*-11,7-13,0-11,9, $*p\leq 0,05$). Экстремально низкие значения внутренней мотивации, основанной на понимании характера заболевания, приводят к снижению комплаенса, связанного с отношением к медикации (комплаенс по подгруппам по мере повышения 4 уровня мотивации: 14,9-12,6*-15,6-14,8, $*p\leq 0,05$).

Выводы. Проведённое исследование впервые позволило идентифицировать специфические механизмы взаимосвязи отдельных паттернов мотивации к лечению и структуры комплаенса.

ЗНАЧЕНИЕ НЕОСОЗНАВАЕМЫХ АСПЕКТОВ НЕВРОТИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

Ташлыков В.А.

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

В соответствии с позициями В.Н. Мясищева, движущей силой психической жизни человека является сознание, а не бессознательное, как это утверждал создатель психоанализа З. Фрейд. Однако в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в теоретических положениях, так и в практической деятельности признается наличие неосознаваемого, малоосознаваемого и даже бессознательного в личностном и симптоматическом функционировании пациентов с невротическими расстройствами. Тем не менее, четкого понимания в определении, разграничении данных категорий, а также в практическом использовании в настоящее время нет. В техническом плане также недостаточно разработаны доступы к неосознаваемому психическому содержанию.

Неосознаваемое может представлять прежде осознаваемое содержание переживаний (мыслей, эмоций), но вследствие болезненного и неприемлемого его характера, забытое (вытесненное) из поля активного внимания и оперативной памяти. Малоосознаваемое связано с отсутствием связей между разобщенными в сознании пациента представлениями и переживаниями, неясными и невербализованными эмоциями и установками. Бессознательное (например, механизмы психологической защиты или алекситимическое поведение) представляет собой сложные автоматические способы реагирования в

трудных жизненных ситуациях, выработанное на ранних этапах развития личности и находящееся вне прямого сознательного контроля.

В настоящее время имеются психологические методики для выявления и измерения неосознаваемого в личностном функционировании пациентов с невротическими расстройствами, в частности, Торонтская алекситимическая шкала, Индекс жизненного стиля и др. Эмпатическая коммуникация психотерапевт-пациент позволяет снизить психологическую защиту и преодолеть сопротивление, что приводит к открытости пациента и позволяет получить доступ к неосознаваемому содержанию невротического функционирования.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕВРОТИЗАЦИЮ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ

Тромбчиньски П.К.

*Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург*

Роль социальных факторов, влияющих на развитие невротической симптоматики неоспорима.

В нашем исследовании при помощи методик: Опросник невротической личности (KON-2006), Невротические черты личности и Уровень социальной фрустрированности было обследованных 146 человек в возрасте от 18 до 55. Испытуемых разделили по половому признаку, а также на группы больных и здоровых.

Фактором определения больных было наличие диагноза из рубрики F 4 по МКБ 10, состояние на учете у врача психиатра, наличие выраженности невротических черт выше уровня 18 баллов по методике KON-2006. В группу здоровых вошли испытуемые, не состоящие на учете у психиатра, с выраженностью невротических черт личности меньше 18 баллов по KON-2006. В результате распределения испытуемых мы получили 4 группы следующей численности: здоровых мужчин – 25 (17,12%), больных мужчин – 22 (15,06%), здоровых женщин – 54 (37,67%), больных женщин – 44 (30,13%).

Нами удалось выделить два значимых показателя социального фрустрированности, это: умственное напряжение и постоянное общение с людьми.

Данные показатели среди здоровых мужчин связаны с чувством зависимости от окружения, отрицательной самооценкой и чувством отсутствия влияния. Среди больных мужчин они связаны с чувством вины. Отмечается также большая роль чувства зависимости от окружения и потребность в постоянном общении, на которое влияет неуверенность в себе, астения и демобилизация. Мужчинам, страдающим невротическими расстройствами свойственна социальная неадаптивность, что подкрепляется чувством одиночества и интроверсией. Общая неудовлетворенность отражается в чувстве беспомощности, низкой мотивированности и экзальтированности поведения.

Среди здоровых женщин, умственное напряжение связано с чувством зависимости от окружения, усталости, вины и экзальтированностью поведения. На эти характеристики влияют социальная неадаптивность, низкая самооценка, астения, чувство зависти. Постоянное общение с людьми сопровождается умственным напряжением, проблемами в межличностных отношениях и чувством опасности. У больных женщин постоянное общение с людьми тесно взаимосвязано с умственным напряжением и сопровождается постоянной неудовлетворенностью, усталостью, одиночеством, неуверенностью в себе, низкой самооценкой, чувством зависти, опасности и демобилизацию что нарушает их межличностные отношения. Социальная неадаптивность женщин с неврозом описывается их неуверенностью в себе, чувством беспомощности и отсутствием мотивации.

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

Трусова А.В.

*Санкт-Петербургский государственный университет
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Мотивационное интервьюирование (МИ) – клиент-центрированный директивный подход, направленный на увеличение собственной мотивации человека к изменениям. Теоретической основой МИ является модель стадий готовности к изменениям. МИ широко используется в профилактике и терапии алкогольной зависимости (АЗ) в США и Европе, также имеется некоторый опыт применения в российских условиях. МИ характеризуется достаточно высокой эффективностью и широким спектром применимости, а также тем, что оно может одинаково успешно применяться и как самостоятельный подход, и как подготовка или дополнение к другим методам терапии.

Цель исследования – изучить особенности применения и эффективность МИ у госпитализированных больных с АЗ. Рандомизированное контролируемое исследование проводилось в 2 этапа: на 1 этапе больные были распределены в 2 группы – индивидуальное МИ-консультирование ($n=146$) и стандартное психолого-психотерапевтическое сопровождение ($n=150$). Больными субъективно оценивались 4 параметра: Новизна Информации, Интерес, Положительные Эмоции, Польза. Результаты 1 этапа показывают, что МИ воспринимается пациентами с алкогольной зависимостью в целом более позитивно, чем стандартное консультирование. На 2 этапе изучалась эффективность групповой формы МИ, применявшегося в целях изменения отношения к употреблению алкоголя. Больные были рандомизированы в 2 группы – группу МИ ($n=55$ чел.) и группу сравнения, участники

которой посещали аналогичные по длительности, но нейтральные по содержанию групповые сессии ($n=50$ чел.). Методом ретроспективного анализа (TLFB) оценивалось употребление алкоголя через 3 и 6 мес. после выписки из стационара, а также ряд индивидуально-психологических показателей, характеризующих мотивацию к изменениям в употреблении алкоголя. Результаты 2 этапа показывают более существенную редукцию показателей употребления алкоголя в группе МИ: 40 чел. (73%) сообщили об отсутствии рецидива (т.е. либо о полном воздержании от приема алкоголя, либо единичных срывах) через 6 месяцев после выписки из стационара, в то время как среди пациентов группы сравнения аналогичный показатель составил 22 чел. (44%), $p<0,01$, точный критерий Фишера.

Заключение. МИ способствует формированию мотивации к трезвости и сокращению употребления алкоголя после окончания стационарного лечения.

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

**^{1,2}Трусова А.В., ¹Крупницкий Е.М., ¹Скурат Е.П.,
¹Исмаилова Р.Д.**

*¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
²Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург*

С позиции психосемантического подхода личность рассматривается как система значений и смыслов, которая может быть реконструирована в виде психосемантического пространства. Сравнительное изучение индивидуального психосемантического пространства в двух репрезентативных системах отношений личности (вербальной и невербальной) позволяет выявить и проанализировать характеристики, значимые как в оценке прогноза ремиссии, так и в построении индивидуализированных психотерапевтических программ. Цель исследования – определить в заданных категориях имплицитные и эксплицитные свойства системы отношений личности больных алкоголизмом, значимые в благоприятном прогнозе длительности ремиссии.

Материалы и методы исследования. На этапе стационарного лечения было обследовано 120 пациентов с установленным диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.25-10.26). Была использована авторская модификация теста репертуарных решеток (PP) Дж. Келли, которая оценивала одинаковый набор элементов и конструктов параллельно в двух измерениях – вербальном (ВРР) и невербальном (цветовом, ЦРР). Употребление алкоголя в периоде наблюдения (максимально 12 нед. после окончания стационарного лечения) оценивалось с помощью метода ретроспективного анализа (TLFB) и верифицировалось с помощью еженедельной лабораторной диагностики уровня гамма-глутамилтранспептидазы в крови.

Статистический метод: пошаговая регрессия Кокса между общей продолжительностью ремиссии и расстояниями между элементами внутри ВРР и ЦРР по отдельности.

Результаты. Наиболее значимые в прогнозе ремиссии являются следующие общие для ВРР и ЦРР расстояния между элементами: удаленность актуальной временной проекции образа Я («Я сейчас») от элемента «Я в прошлом» (ВРР $p=0,074$, ЦРР $p=0,000$), близость элементов, отражающих необходимость отказа от алкоголя для больных алкоголизмом («Трезвенник»/«Больной алкоголизмом») (ВРР $p=0,003$, ЦРР $p=0,000$), удаленность элементов, отражающих социально одобряемую продуктивность и употребление алкоголя («Успешный человек» / «Умеренно пьющий человек») (ВРР $p=0,001$, ЦРР $p=0,000$). Выявленные обратные взаимосвязи (близкое расположение элементов в ВРР и, наоборот, удаленность этих элементов друг от друга в ЦРР) характеризуют имплицитные противоречия в отношении больных к алкоголю, имеющие статистически подтвержденное влияние на поведение, связанное с употреблением алкоголя.

Заключение. Психосемантический подход с сочетанной оценкой вербальной и невербальной систем отношений личности может быть успешно использован в построении индивидуальных прогностических моделей длительности ремиссии.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЛЮДЯМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Тубольцев А.А., Борщук Е.Л., Баянова Н.А.

ГБУЗ ООКПБ№2
ГБОУ ВПО ОРГМУ Минздрава России
Оренбург

Проблема «стигматизации», по мнению ученых является «мифом» о неизлечимости психиатрических заболеваний: больных людей выделяют в особую группу «сумасшедших», от которых окружающим следует держаться подальше.

Нами проведено анкетирование 915 респондентов Оренбургской области с целью выявления отношения населения к людям с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Из них – 71% городского населения, 29% – жители села; по половой принадлежности: мужчин – 39%, женщин – 61%; имеют семьи – 46% опрошенных. Анкета включала 20 вопросов. Для оценки результатов анкетирования нами использованы методы описательной статистики и частотного анализа.

В результате анкетирования было получено, что у 11,4% опрошенных выявлено наличие знакомого или родственника, страдающего психическими расстройствами и расстройствами поведения. Из них 23,9% считают, что лечение этих людей улучшило их психическое

состояние. Чувства, которые испытывают респонденты к психически больным: боязнь – 16,8%; безразличность – 6,3%; 17,5% жалость; 22,9% сочувствие; 36,5% не испытывают никаких чувств.

Среди всех опрошенных 9,6% отметили, что сами обращались к психиатру, из них 85,1% удовлетворены оказанной помощью. Испытывают чувства стыда в связи с тем, что лечились у психиатра – 57,9% респондентов. При обнаружении у себя психической симптоматики, каждый четвертый респондент (26,3%) обратится к участковому врачу терапевту по месту жительства. По мнению опрошенных психическое заболевание представляет собой варианты различной патологии: 47,7% считает, что это заболевание мозга; 22,3% считают, что сумасшествие; 29,5% – слабость характера. Причину психических расстройств видят: в социальных стрессах (36,5%); «дурной наследственности» (17,5%); неумении человека справиться с собой (14,6%); нарушенной окружающей среде (12,0%); проблемах в воспитании в детстве (6,9%) и др.

Результаты анкетирования указали на сложившуюся в нашем регионе проблему «стигматизации», которая требует разработки специальных мероприятий заинтересованными службами и учреждениями здравоохранения.

КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Тукаев Р.Д.

МНИИП – филиал ФГБУ Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского МЗ РФ
Москва

В Московском НИИ психиатрии разработана (2006-2010), прошла клиническое изучение, с доказательной оценкой эффективности (2010-2013, 2015), внедрена, в том числе, в формате методических рекомендаций МЗ РФ (2013) методика когнитивно-ориентированной психотерапии (КОПТ) тревожных расстройств, включая паническое расстройство (ПР) и генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Протокол КОПТ включает три компонента: 1) психообразовательный; 2) каузально-когнитивно ориентированный; 3) гипнотерапевтический. Гипнотерапевтический компонент КОПТ использует методику универсальной гипнотерапии (УГТ), показавшей ранее хорошую результативность при терапии расстройств невротического регистра (1987, 2003, 2007, 2013, 2015), получившей известность в России и за ее пределами (2011-2015). Методика КОПТ является краткосрочной, частота одночасовых сессий – 3 раза в неделю, длительность терапии 8 – 15 сессий, до достижения состояния устойчивого улучшения состояния пациента.

Проведенное совместно с В.Е. Кузнецовым рандомизированное исследование клинической эффективности

ности КОПТ при тревожных расстройствах (N = 52): при ПР (N = 29) и ГТР (N = 23) выявило в основной группе достоверное снижение показателей общепринятых клинических шкал, оценивающих тревогу и депрессию, для 6 шкал с большим (d Коэна от 0.87 до 1.28), для одной – с умеренным (d Коэна = 0.73) эффектами. Эффективность КОПТ (по данным психометрии и клинической оценки) в подгруппе монопсихотерапии достоверно выше таковой для подгруппы психотерапии с прекращением психофармакотерапии, при достоверно меньшей длительности. Когнитивно-ориентированная психотерапия результативна в подгруппе психотерапии с прекращением психофармакотерапии, позволяет проводить успешную терапию рецидивирующих и резистентных к психофармакотерапии пациентов.

Проведено сравнение результативности КОПТ при тревожных расстройствах с доказательной результативностью признанных в мире эффективными современными методами когнитивной психотерапии: основанной на полноте осознания когнитивной терапии и стресс-редукции. Сравнение выявило равную зарубежным аналогам эффективность КОПТ, что позволяет считать последнюю перспективным российским аналогом ведущих зарубежных методов психотерапии тревожных расстройств. Преимуществом КОПТ является в два раза меньшая (как минимум) длительность терапии и, соответственно меньшая стоимость.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ЛИНК ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ: КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ, ОСНОВАННЫЙ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА

¹Тюсова О.В., ¹Блохина Е.А., ¹Бушара Н.М.,
^{1,2}Крупницкий Е.М.

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова

²ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ Санкт-Петербург

При поддержке гранта R01DA032082

Введение. Целью данного исследования являлось изучение эффективности поведенческой интервенции, направленной на привлечение ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих опиатной зависимостью, в специализированные службы помощи и лечения ВИЧ-инфекции, а также улучшение взаимодействия между наркологической и инфекционной службами.

Методы. В исследовании приняли участие 349 ВИЧ-инфицированных пациентов с опиатной зависимостью, проходивших дезинтоксикационную терапию в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга с июля 2012 по май 2014 года. Пациенты были рандомизированы либо в интервентную группу, включавшую

5 сессий с кейс-менеджером в течение последующих 6 месяцев, либо в контрольную группу, получавшую стандартный объем медицинской помощи. Основными показателями эффективности интервенции являлись: обращение в ВИЧ службу в течение 6 месяцев (как минимум 1 визит к инфекционисту) и улучшение показателей CD4 клеток через 12 месяцев. Для статистического анализа данных были использованы методы описательной статистики и регрессионный анализ.

Результаты. Средний возраст участников составил 34±5 лет, 73% были мужчины, с момента установления диагноза ВИЧ-инфекция, в среднем, прошло 7 лет, средний показатель количества CD4 клеток – 354±275 в интервентной и 375±276 x10⁹/л в контрольной группе. В течение 6 месяцев 45% участников интервентной группы и 30% контрольной группы обратились в ВИЧ службу (AOR 2,2; 95% CI: 1.42-3.41; p=0.0004). Средний уровень количества CD4 клеток через 12 месяцев исследования составил 340±226 в интервентной группе и 372±354 x10⁹/л. в контрольной группе (AMD -20.2; 95% CI: -83.3, 42.9, p=0.53).

Заключение. Интервенция показала эффективность в отношении привлечения ВИЧ-инфицированных наркозависимых в инфекционную службу и начала диспансерного наблюдения через 6 месяцев. Значимых изменений в показателе уровня CD4 клеток в интервентной группе через 12 месяцев обнаружено не было, что может свидетельствовать о более длительном промежутке времени между обращением в ВИЧ службу и назначением АРТ для данной категории пациентов.

ДЕПРИВАЦИОННЫЙ СИНДРОМ И СИРОТСТВО: ПРИЧИНЫ, СЛЕДСТВИЯ

Уласень Т.В., Сулимова Н.В.

*Смоленский государственный медицинский университет
ОГБУЗ Смоленский социально-реабилитационный центр
для несовершеннолетних «Феникс»
Смоленск*

Многочисленные исследования в области детской и подростковой психиатрии и психологии убедительно свидетельствуют о влиянии детства на последующую жизнь человека. Безусловно актуальными остаются проблемы сиротства и социального сиротства, на которые неоднократно в своих работах обращали внимание исследователи (Холмогорова А.Б., Ослон В.Н. и др.).

Особое значение имеют психологические травмы детского возраста, число которых постоянно возрастает в связи со сложной социально-экономической обстановкой в стране. В связи с этим важный научный интерес представляет влияние родительской депривации на особенности формирования психологических черт подростков, воспитывающихся в интернатах.

Под наше наблюдение попадают дети и подростки, прошедшие долгий путь одиночества в условиях депривации, «воспитания» в асоциальных семьях (в боль-

шинстве случаев алкоголизм, наркомании). В настоящее время не существует общей классификации депривации. Наиболее распространенная эмпирическая классификация базируется на выделении нескольких ее видов в зависимости от характера базируемой потребности: коммуникативной, сенсорно-перцептивной, кинестетической, эмоциональной. Принимая во внимание контингент обследуемых (сироты и социальные сироты), такие варианты депривационных феноменов, как материнский, эмоциональный и социальный, на наш взгляд, могут одновременно выступать и как причина нарушений психологического развития, и как его следствия.

Следует особо акцентировать внимание на проблеме социальной адаптации выпускников специализированных интернатных учреждений для детей-сирот. Результаты исследований И.Ф. Дементьевой (2004), Д.А. Тихомирова, (2011) свидетельствуют о том, что в настоящее время проблема социальной адаптации выпускников институциональных учреждений для детей-сирот не только не решена, но и усугубилась. Так, по приведенным нами данным, если в 1994 г. доля выпускников, покинувших детский дом или интернат, которым удалось встать на ноги и наладить нормальную жизнь, составляла 20%, то в последнее время – только 10%, алкоголизм и наркомании развиваются у 40% выпускников интернатных учреждений, 40% из них совершают преступления. Часть выпускников сами становятся жертвами криминала, а 10% заканчивают жизнь самоубийством.

Как показали предыдущие наши исследования (Уласень Т.В., 2013, 2015), вынужденная изоляция из семьи и помещение ребенка в учреждения интернатного типа (особенно в период лишения родительских прав) вторично вызывает у детей новые стрессовые ситуации и приводит к формированию или усугублению уже имеющихся невротических и поведенческих расстройств. При пребывании в реабилитационном центре ребенок оказывается в новой жизненной среде, где у большинства воспитанников нет навыков адекватной социализации. У большинства окружающих его детей имеют место низкие уровни познавательных навыков и мотивационно-волевого потенциала; патологические психические защиты в силу имевшего место в прошлом отрицательного жизненного опыта. В силу особенностей и уязвимости детского и подростковых возрастов воспитанники интернатных учреждений на начальном этапе пребывания в реабилитационном центре начинают «копировать» поведение друг друга, приобретая тем самым новые формы патологической социализации. В связи с этим, очень важно диагностировать и корректировать поведенческие установки, затрудняющие психологическую и социальную адаптацию у обследуемого контингента. Вместе с тем, как показали наши исследования (результаты использования опросника АДОР, теста Лири), у обследованных нами детей и подростков имеют место «идеальные», порой иррациональные представления о семье, навыках социализации, ценностях и т.д.

В связи с этим в СОГУ «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс», функционирующим с 1995 года (в начале в качестве приюта), приоритетными направлениями являются поддержание связей с родителями (матерью), сохранивших родительские права, и возвращение ребенка в кровную семью. Осуществление этого направления стало возможным при достаточном укомплектовании штатов следующими специалистами: педагогами-психологами, логопедами, психиатром, инструкторами по труду и музыкальному руководству, педагогом-организатором, специалистами по социальной работе. В социально-реабилитационном центре «Феникс» организовано комплексное сопровождение воспитанников на протяжении всего времени пребывания (в среднем 6 месяцев). Реабилитационная работа строится с учетом биопсихосоциального подхода в оказании помощи детям и подросткам с опорой на активное сотрудничество с родителями кровной семьи, базирующееся на договорной основе между центром и родственниками подопечных. Хорошо зарекомендовал себя отпуск детей и подростков в кровную семью на выходные дни. Периодическое пребывание в семье способствует «смягчению» депривационного синдрома, улучшению коммуникативных связей с кровными родственниками. Со всеми воспитанниками проводится индивидуальная и групповая психотерапия, определяемая личностно-типологическими особенностями детей и подростков, их адаптационными возможностями психосоциального функционирования и длительностью пребывания в реабилитационном центре. В ходе подобного опыта работы между воспитанником центра и его кровной семьей (через 2-3 месяца от ее начала) начинает проводиться семейная психотерапия, в ходе которой делается акцент на данных родительских репрезентаций, полученных при использовании опросника АДОР, а также результатах теста Лири, теста Вагнера, данных использования Торонтской алекситимической шкалы. Результатом комплексной работы СОГУ «Смоленского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Феникс» является улучшение навыков социально-психологической адаптации детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, сохранение и восстановление коммуникативных связей между воспитанниками и их кровными семьями (матерью), подготовка к переводу в интернаты сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Таким образом, на наш взгляд, в работе с детьми и подростками, переживающими изоляцию от семьи в условиях интерната, необходимо учитывать следующие факторы: контингент обследуемых (сироты и социальные сироты); степень, вариант и длительность депривационных явлений, индивидуальную психологическую чувствительность к периодам «собственной работы горя» в рамках травматических переживаний, а также возрастной период на который пришлось депривационное воздействие.

**ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН
НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ
И ОКАЗАНИЕ ИМ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Ульянов И.Г., Чайкина А.Е.

*ГБОУ ВПО ТГМУ
Владивосток*

Современные процессы развития общества отличаются не только динамичностью, ускорением темпа жизни, большой информационной нагрузкой на личность, но и быстрой сменой социальных позиций, кризисом института семьи, что оказывает влияние на психическое состояние женщин, а также на состояние репродуктивной системы. Исследования последних десятилетий неоднократно отмечали рост тревожных невротических расстройств в репродуктивный период жизни женщин. По данным Руженкова В.А., Кулиева Р.Т. (2012), при беременности, протекающей без осложнений в 26,9% случаев наблюдаются клинически значимые психические нарушения с преобладанием невротических аффективных расстройств. В исследованиях Балашова П.П., Малышевой Н.Л., Колесниковой А.М. (2011) у 24% беременных выявлены тревожные и депрессивные расстройства.

Цель исследования: провести клинико-динамическую оценку психических расстройств у женщин, самостоятельно обратившихся к гинекологу в период планирования беременности во Владивостоке, относящемся к Дальневосточному региону, который характеризуется низким социально-экономическим уровнем и сложными климатическими условиями.

Материалы и методы. Объектом изучения были 820 гинекологически здоровых женщины в возрасте от 18 до 45 лет, проходящие обследование с 2010г. по 2013г. у гинеколога в медицинских учреждениях г. Владивостока. Для выявления невротических расстройств использовались диагностические шкалы: тест диагностики реактивной и личностной тревожности (Спилберга Ч.Д., Ханиной Ю.Л., 1972) и клинический опросник для выявления оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1998).

Результаты и обсуждения. Наибольшую возрастную группу составили женщины 24 -34 лет – 80,49%. Имели высшее образование – 58,05%, работали – 58,91%, не работали (и не учились) – 41,09%. Наемные работники – 50,98%, имели собственный бизнес – 5,98%; руководители – 1,95%. Материальное положение оценили как хорошее и отличное – 40,24%; среднее – 6,95%; низкое или очень низкое – 6%.

Анализ клинического обследования и результатов анкетирования позволил выявить группу I здоровых 30,1% -247 женщин; группу II с преневротическими расстройствами (ПАС, ПДАС) 46,6% – 382 женщины и группу III с невротическими расстройствами (реакции, состояния, развитие) – 23,3% 191 женщина. В течении

года беременность наступила в 91,5% случаев в I группе здоровых, во II группе с ПАС в 57,35% случаях; с ПДАС в 39,02%; в III с невротическими расстройствами: с невротическими реакциями в 29,41% случаев; с невротическими состояниями в 11,11%; с невротическим развитием – беременность в течении года ни в одном случае не наступила. При обследовании женщин, планировавших, но не забеременевших через год, выявлено увеличение тревожности в связи с несостоявшейся беременностью. Врачи – гинекологи уделяют недостаточное внимание диагностике и терапии психической патологии у обратившихся за их помощью женщин (Корнетов Н.А., 2003; Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., 2011), что получило подтверждение и в нашем исследовании.

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что только 30% женщин, планирующих беременность являются здоровыми, преневротические расстройства имеются у более чем 47% и более 23% имеют невротические расстройства. Высокий уровень тревоги ведет к снижению репродуктивной функции женщин. А фрустрации в репродуктивной сфере вторично повышают уровень тревоги и способствуют развитию порочного психологического круга. В связи с тем, что эти женщины планируют беременность, использование лекарственных средств исключается и это требует разработки мер, направленных на диагностику, включения обязательного психотерапевтического лечения и психопрофилактических программ.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТТЕРАПИИ
В ОТДЕЛЕНИИ НЕВРОЗОВ**

**Ульянова Ю.А., Щербинина Л.А.,
Рыбчинский В.О., Пряникова Е.В.**

*ГБУЗ Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №2
Оренбург*

Термин «арттерапия» ввел в употребление Адриан Хилл (1938) при описании своей работы с туберкулезными больными, это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятий искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья.

Арттерапия –это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительной и творческой деятельности. Арттерапия включает в себя ряд более узких направлений, выделяемых по преобладающему методу терапии, будь то рисование, лепка, создание фотографий и др. Психология рисунка и изотерапия являются одними из наиболее универсальных узких арт-терапевтических направлений.

В отделении неврозов изотерапия используется в качестве одного из вспомогательных методов лечения. Выделяют два основных механизма психологического коррекционного воздействия, характерных для этого

метода. Первый состоит в том, что искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение на основе креативных способностей пациента. Второй связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить действие аффекта.

Изотерапия универсальна, т.е. подходит для клиентов всех возрастов, для индивидуальных, групповых, семейных сессий, сочетается с методами других направлений, доступна (хватает листка бумаги и карандаша), поэтому целевыми группами изотерапии являются обычно: индивидуумы с расстройствами невротическими, аффективными и личностными.

Цели изотерапии: дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам; облегчить процесс лечения; получить материал для интерпретации и диагностических заключений; проработать мысли и чувства, которые «подавлены»; сформировать отношения эмпатии и взаимного принятия; сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах; повысить самооценку.

Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. В психотерапевтическом контексте можно сказать, что занятия изобразительным искусством носят спонтанный характер – в отличие от организованной деятельности по обучению рисованию. В ходе сессий пациенты приобретают ценный опыт позитивных изменений, происходит самопознание, самопринятие, гармонизация личности и личностный рост, развивается рефлексия и анализ своего поведения, мыслей, чувств, расширяются межличностные связи, через переживание сильных эмоций. Это и определяет практическую значимость изотерапии.

ВЧИТЫВАЯСЬ В А.Ф. ЛАЗУРСКОГО

Урываев В.А.

*Ярославский государственный медицинский университет
Ярославль*

В своем завершающем труде «Классификация личностей» (монография, после ухода из жизни автора, подготовлена к печати и издана учениками, В.Н. Мясичевым и М.Я. Басовым) А.Ф. Лазурский высказал ряд идей, которые до настоящего времени представляются не до конца освоенными профессиональным сообществом (нельзя не отметить и те усилия, которые предпринимаются современными учеными для возвращения учения А.Ф. Лазурского в современную психологию, подчеркнем, возвращения в полном объеме, см. работы В.Ю. Слабинского, 2016; В.А. Журавеля, 2014 и др.).

1. Вопрос о едином основании для классификации личностей.

Даже при беглом взгляде на классификацию личностей мы видим не только поразительное многообразие типов и видов личностей, но и, главное, смену оснований для классификации личности в зависимости от уровня личности. Постулировав наличие «уровня личности» А.Ф. Лазурский приступил к ревизии неразрешимой и для современной психологии проблемы – обсуждению «единой» теории личности (заметим, призванной «сопоставить в некоем обобщенном поле» преступника и военачальника, тунеядца и министра правительства, нянючку и нобелевского лауреата...). В подходе А.Ф. Лазурского типология личностей меняется в зависимости от «уровня»: на первом уровне – личности пассивно дрейфующие по жизни, на втором – активно приспособляющиеся к действительности, на третьем – личности – преобразователи общества.

2. Место волевых процессов в регуляции личности.

Концепция А.Ф. Лазурского, на наш взгляд, во многом следует философии Н.О. Лосского с его особым вниманием к деятельному началу человека – его волевым процессам. Именно волевые процессы во многом детерминируют отнесение личности к тому или иному уровню адаптации. Заметим, в современной отечественной психологии так не издана «Хрестоматия по воле», хотя такие хрестоматии для профессиональных психологов есть почти по всем основным психическим процессам и личности.

3. Эскиз программы работы по развитию личности в условиях различных тренингов.

Повышение уровня личности, по А.Ф. Лазурскому характеризуется пятью критериями, по нашему мнению, каждый из которых является потенциальной мишенью тренинговой работы: 1 – общая широта интересов; 2 – высокая успешность в ведущей деятельности; 3 – гармоничность личности; 4 – все возрастающая сознательность и, главное, 5 – стремление к повышению своего психического уровня.

Мы сейчас не рассматриваем патологические личности и оригинальную концепцию «извращенных» личностей, которые также присутствуют в его концепции.

Подчеркнем «нефаталистический» характер классификации личностей, где перед каждым открыты перспективы роста и не забудем, что каждая ступень это не просто усиление/обогащение, а кризисного характера перестройка сознания и мотивации личности для жизни к новой системе координат. Другим словами, А.Ф. Лазурским при реализации программ роста постулируется переход к новой классификации личностей на новом уровне.

**К ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ
ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ
И ПОЛИКЛИНИКАХ**

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

*ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены
профпатологии и экологии человека» ФМБА России
Санкт-Петербург*

Проблема своевременной диагностики пограничных психических расстройств (ППР) и комплексного лечения пациентов, находящихся на лечении в многопрофильном общесоматическом стационаре, обусловлена необходимостью совершенствования организационно-методических и практических подходов психотерапевтической помощи. Анализ материалов ВОЗ и результаты национальных исследований, показали негативные тенденции и закономерности распространенности психических заболеваний в России. Системные вызовы истекшего XX и начала XXI веков обусловили рост распространённости всех психических болезней за последние 45 лет в 10 раз.

Для улучшения существующей системы сохранения психического здоровья необходима реализация государственных мероприятий по медицинской, психолого-психиатрической и социальной защите людей.

Цель работы – рассмотрение организационно-методических и практических подходов организации психиатрической и психотерапевтической помощи в общесоматических больницах и поликлиниках.

Материал, методы и результаты исследования. Дан анализ реализации директивных документов по сохранению психического здоровья населения и представлены данные о распространенности ППР среди пациентов общесоматического стационара и эффективности психотерапии.

По направлению сохранения психического здоровья населения России, начиная с 1992 года, были приняты пять Федеральных Законов, пять Постановлений Правительства России, тридцать восемь Приказов Минздрава России, а также многочисленные стандарты и инструкции оказания психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи населению. В то же время должной реализации директивных документов в данном направлении оказания медицинской и профилактической помощи не наблюдается. Продолжается снижение количества кадров врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов, оказывающих психотерапевтическую помощь в поликлиниках и общесоматических больницах из-за лишения положенных психиатрам и льгот, низкого материально-технического оснащения кабинетов, что не позволяет в полной мере выполнить гарантии государства и принятые директивные документы.

До настоящего времени основное внимание уделяется соматической сфере, а квалифицированной оценке состояния нервно-психической сферы пациентов боль-

ниц и поликлиник внимания уделяется недостаточно, что не позволяет выявлять ППР и осуществлять современные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Сравнительный анализа распространенности ППР среди пациентов общесоматического стационара в 1996 и в 2014 годах показал стабильно высокую распространенность ППР в отделениях терапевтического профиля (терапия, эндокринология, гастроэнтерология, кардиология, неврология, пульмонология – до 80%). В остальных отделениях больницы (нейрохирургия, хирургия, гинекология, урология, офтальмология и других), распространенность указанных расстройств была в два раза ниже (до 40%). Структура распространенности ППР по годам (1996 и 2014 гг.) практически не различалась. С медико-экономической точки зрения важно отметить, что более 35% больных неоднократно и длительно лечились в стационарах и поликлиниках.

Комплексное лечение пациентов с ППР методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии показало, высокую эффективность (при катамнезе 4 года – выздоровление 59,8%, значительное улучшение – 27,4%, без существенного улучшения – 12,8%). Полученные результаты указывают на необходимость создания новых организационных моделей оказания специализированной помощи лицам, страдающим ППР, в условиях общесоматического стационара и поликлиники.

Заключение. Государственным структурам исполнительной власти необходимо реализовать существующие законы и подзаконные акты в области сохранения психического здоровья населения. Совершенствование подходов сохранения психического здоровья населения и формирование современной системы психогигиены и психопрофилактики, обусловлены вызовами XXI века. Учитывая высокую распространенность ППР среди пациентов больниц, необходимо директивно внедрить систему психиатрической и психотерапевтической помощи во всех многопрофильных общесоматических больницах в соответствии с Приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи».

Целесообразно разработать городскую целевую программу (ГЦП) Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга «Программа организации психотерапевтической помощи в общесоматических стационарах и поликлиниках комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга» на 2016-2020 гг.

РОЛЬ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Хяникяйнен И.В.

*Медицинский институт
Петрозаводского государственного университета
Петрозаводск*

Актуальность. Холистический подход к изучению хронической ишемии мозга (ХИМ) с позиции биопсихосоциальной парадигмы диктует необходимость исследования не только биологического субстрата, но и психосоциальных характеристик пациентов, в связи с большой медико-социальной значимостью сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ).

Цель – показать роль мультидисциплинарных бригад в реабилитации лиц с дебютом ХИМ.

Материалы и методы. Клинический материал составили лица организованной популяции г. Петрозаводска (n рабочей группы = 280; n контрольной группы = 32; средний возраст = 53,9 лет; гендерный индекс 1:1; однородность групп $p > 0,05$). Пациенты имели клиническую картину ХИМ I ст. (в соответствии с МКБ-10), подтвержденную результатами нейровизуализации, ультразвукового исследования, биохимическими маркерами и батареей психологических тестов (n=12).

Результаты. Нами был разработан, апробирован и внедрен в практику алгоритм медико-психотерапевтической коррекции больных с дебютом СЗГМ. На первом этапе (оппортунистический скрининг при проведении ежегодных диспансерных осмотров организованных коллективов) терапевт собирал анамнез, осуществлял клинический осмотр и интерпретацию результатов общеклинических исследований. Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной экспертной системы (отбор лиц с СЗГМ в группу селективного скрининга, которым на втором этапе проводились: неврологический и офтальмологический осмотры по стандартным методикам, триплексное сканирование брахиоцефальных и мозговых артерий, магнитно-резонансная томография головного мозга по сосудистой программе, нейропсихологическое тестирование (у медицинского психолога) с последующей трактовкой). В задачи третьего этапа входила медикаментозная фармакокоррекция ХИМ (интернист). Психиатр и / или психотерапевт, опираясь на результаты нейропсихологического тестирования, диагностировал у лиц с ХИМ психопатологические проявления. Помимо фармакотерапии негативных эмоциональных переживаний и когнитивной дисфункции, он проводил интегративные психотерапевтические интервенции. Так, мы использовали: императивное внушение наяву в состоянии сильного эмоционального напряжения по Шкловскому (воздействие на стрессоры); когнитивную психотерапию Бека (изменение смыслового содержания внутренней картины болезни, дезактуализация автоматических мыслей в схеме «стимул – когнитивная переработка – эмоционально-поведенческая реакция»);

прогрессирующую мышечную релаксацию по Джейкобсону при посещении сенсорной комнаты (коррекция психовегетативных изменений). Для каждого больного составлялась индивидуальная психотерапевтическая программа.

Заключение. В целях эффективной первичной профилактики инсульта реабилитация лиц с дебютом ХИМ должна осуществляться силами мультидисциплинарной бригады (интернист, психотерапевт, психолог).

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА

Чернов П.Д.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Проблема стигматизации больных является актуальной темой и особенно ярко проявляется в сфере психиатрии. В связи с недостатком психообразовательных мероприятий для населения, а также образа, так называемой, «карательной психиатрии», возникшего во времена СССР, и несмотря на деятельность по защите прав и интересов лиц с психическими расстройствами, гуманизацию общества, в современной России сохраняется негативное отношение к психиатрии и страх перед возможными опасными действиями со стороны психически больных. Наиболее известное в обществе и яркое по своему проявлению (в остром состоянии) психическое заболевание – шизофрения. Шизофрения сама по себе является одним из самых стигматизирующих заболеваний, негативно затрагивающих все стороны жизни больного: возможность получения образования, возможность трудоустройства, возможность создания семьи и социального функционирования.

Стремительное развитие и распространение информационных технологий в конце XX – начале XXI вв., привело к упрощению доступа к мировым информационным ресурсам. Информатизация общества обеспечила свободный доступ к информации по практически всем темам, но породила проблему ее качества и достоверности, в связи с резким увеличением ее объема и невозможностью полного контроля. Таким образом, общество получило доступ к ранее ограниченной информации, но ее качественное содержание (предвзятость, некомпетентность) и недоступный стиль изложения (профессиональный язык) могут не только препятствовать повышению толерантности социума к психически больным, но и приводить к большему укреплению предубеждений и страхов, связанных с ними.

Можно предположить, что люди, страдающие шизофренией (особенно ее нетяжелыми формами), испытывают затруднения не столько в связи со своей болезнью, а

сколько в связи с их дискриминацией обществом, вызванной ошибочными представлениями о психических расстройствах, психически больных и психиатрии в целом, сложившимися на основе некомпетентной, неправильно понятой или недоступно изложенной информации.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ С ПОЗИЦИЙ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

**Чехонадский И.И., Пономаренко В.Н.,
Пряникова Е.В., Пустотин Ю.Л., Рыбчинский В.О.**

*ГБУЗ ООКПБ №2
Оренбург*

На базе Областной оренбургской клинической психиатрической больницы №2 в отделениях в рамках комплексного подхода по оказанию психиатрической помощи врачами – психотерапевтом проводятся как индивидуальные, так и групповые формы психотерапии, вербальные и невербальные ее виды.

Из индивидуальных видов проводится рациональная и суппортивная (поддерживающая) психотерапия. Активно практикуются различные формы групповые работы. Когнитивно – поведенческие группы направлены на выработку и тренинг социальных навыков взаимоотношений, навыков конструктивного общения, разрешения конфликтов. Групповая комплайнс – терапия, способствующая стойкой ремиссии заболевания, подразумевает соблюдение пациентом назначений и принципов приёма медикаментозного лечения, приверженности образа жизни, рекомендуемом врачом – психиатром. Психообразовательный подход позволяет на доступном уровне предоставить информацию в области болезни, медикаментозной терапии и т.д., с одновременным осуществлением контроля состояния пациентов, исследованием позиции в отношении факта болезни. Группы изотерапии, на которых после выполнения творческой работы, анализируются проективные рисунки, позволяет врачу глубже понять проблемы пациента, выявить подавленные и скрытые переживания. С другой стороны, изотерапия расценивается как одна из особых форм отреагирования агрессивных, аутоагрессивных импульсов. Терапия творческим самовыражением – подразумевает участие пациентов в концертах и мероприятиях, приуроченных к праздникам. В отделениях нашего стационара проводится постановка спектаклей, театральные сценок. Творческое общение с литературой – чтение книг пациентами из библиотеки отделения с последующим обсуждением. Просмотр и обсуждение с пациентами фильмов, способствующий расширению кругозора пациентов, эмоциональному отреагированию через сопереживание киногероям. Активная групповая музыкальная психотерапия, где пациентам предлагается в условиях группового динамического взаимодействия

или ролевой игры, с использованием собственного музицирования на простых музыкальных инструментах, выразить свои чувства, осуществить взаимодействие с кем – либо из членов группы или проработать волнующие проблемные ситуации, с последующим эмоциональным отреагированием и вербализацией возникших состояний. Специалистами по социальной работе проводятся группы психосоциального модуля, направленные на сохранение и развитие пациентами своих социальных навыков, навыков самообслуживания, взаимодействия.

Отдельно можно сказать о форме работы, применяемой в нашем стационаре – милотерапии. Смысл её состоит в том, что группа пациентов создает и обсуждает реально применимый проект для последующего его воплощения. Например: оформление стенгазеты или «маштабные» строительные работы – декоративный прудик, беседка, деревянные скульптуры. В рамках этого метода регулярно проходят обсуждения с участниками о ходе проекта, возникающих трудностях, о роли каждого из пациентов в группе, его вкладе в реализацию проекта. Этим милотерапия отличается от терапии занятостью, поскольку не сосредотачивается на возвращении пациентам навыков труда или просто на вовлечении их в работу, а скорее полагается на самостоятельное общее личностное развитие пациентов.

В отделении периодически создаются и демонстрируются информационно-тематические материалы. Вышеперечисленные реабилитационные мероприятия проводятся совместно с медицинской сестрой по реабилитации и социальным работником в рамках бригадного метода обслуживания пациентов.

МЕТОД АКТИВНОЙ МУЗЫКАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

**Чехонадский И.И., Пряникова Е.В.,
Искандеров М.Н., Ульянова Ю.А.**

*ГБУЗ ООКПБ № 2
Оренбург*

Музыкальная психотерапия (МПТ) определяема как психотерапевтическая технология с широким методическим набором музыкальных средств выражения, позволяющим использовать и модифицировать разнообразные техники в соответствии с терапевтической ситуацией, развивать и исследовать их специфическое воздействие.

Активная музыкотерапия (АМПТ) основана на использовании пациентами музыкальных инструментов в ходе групповых или индивидуальных занятий в виде построения композиций, как правило, импровизационного характера, или в качестве замены вербального компонента общения звуками музыкальных инструментов с последующим эмоциональным отреагированием, интерпретацией и обсуждением

АМПТ не является изолированным методом лечения, используется наряду с другими групповыми методами в рамках психотерапевтического процесса в Отделении Динамической психиатрии и психотерапии. Опыт АМПТ касается применения её в рамках комплексного лечения и реабилитации в психиатрическом стационаре, где преобладающей долей в нозологической структуре являются заболевания эндогенного регистра и психотического уровня. Основными осями терапевтической направленности являются эмоциональная сфера, сфера коммуникации и общения, и поведенческая составляющая, с выявлением диагностического материала, с определением терапевтических мишеней и терапевтического потенциала для дальнейшей лечебной работы и реабилитации душевнобольных на принципах биопсихосоциального подхода. Основные цели АМПТ в прикладном аспекте методики: стимулирование эмоциональности, налаживание коммуникаций и социальная активация; тренировка общения, повышение уверенности; оптимизации общения, коррекция дезадаптирующих отношений, внутриличностных и поведенческих установок. К настоящему времени имеется 13-летний опыт ведения работы в данном направлении, реализуемый сертифицированными музыкальными терапевтами, поддерживается постоянное взаимодействие с Институтом музыкальной терапии Высшей школы музыки и театра г. Гамбурга, Германия, проводится регулярная оценка эффективности данной методики.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Шахова С.М., Винникова М.А.

*МНПЦ Наркологии ДЗМ;
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Москва*

Рост потребления новых наркотических веществ является одной из серьезных медико-социальных проблем не только в России, но и в мире. Изучение клинико-динамических особенностей синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов представляется актуальным. За 2,5 года наблюдения, начиная с 2013 г., прошли лечение в связи с зависимостью от синтетических каннабиноидов 52 пациента. Из них только у 20 диагностирована зависимость от синтетических каннабиноидов («Спайс») (F12.2). В остальных случаях устанавливался диагноз зависимости от нескольких психоактивных веществ (F19.2), чаще всего с зависимостью от «Спайс» сочетались зависимость от алкоголя, опиатов либо психостимуляторов. Употребление «Спайс» на начальных этапах болезни у большинства пациентов было викарным (заместительным), что можно назвать типичным клиническим явлением. Становление влечения к «Спайс» – молниеносное, в дальнейшем оно «перекры-

вает» влечение к другим ПАВ; по психопатологической структуре он представлено сверхценно-паранойальными расстройствами, а по клинической форме – генерализованное. Форма употребления «Спайс» чаще бывает постоянной. При сформированном синдроме зависимости интоксикация на первых этапах проявляется эйфорией, в дальнейшем происходит трансформация картины опьянения в гипоманию. Зачастую пациенты переносят психотические состояния. Так как психозы, как правило, развиваются в состоянии интоксикации, это позволяет говорить о том, что «Спайсам» присуще психоделическое действие. Остается открытым вопрос, связано ли развитие психозов с дозой употребляемого наркотика или его видом. Психозы протекают по типу онейродного помрачения сознания с кататоническими расстройствами в виде ступора. В большинстве случаев амнезии по выходу из интоксикации не возникает. Синдром отмены характеризуется, по большей части, преобладанием психопатологических и нейровегетативных проявлений. Особое внимание обращает на себя стремительная социальная дезадаптация пациентов с синдромом зависимости от «Спайс». Насколько факт подобной социальной дезадаптации является характерным признаком синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов, покажут лишь длительные клинические наблюдения.

ВКЛАД ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В СНИЖЕНИЕ МУЖСКОЙ СМЕРТНОСТИ РОССИИ В 2003-2013 ГГ.

Шельгин К.В.

*Северный государственный медицинский университет
Архангельск*

В Российской Федерации с 2004 года наблюдается снижение смертности, как всего населения, так и мужчин. Параллельно с этим отмечается падение уровня потребления алкоголя, как по данным официальной статистики, так и по экспертным оценкам. Ранее была показана ведущая роль потребления алкоголя в колебаниях смертности в период антиалкогольной кампании 1985-1988 гг и роста смертности начала 1990-х годов. В задачу нашего исследования входило определение вклада снижения уровня потребления алкоголя в снижение смертности мужского населения России в 2003-2013 гг. Использовались повозрастные коэффициенты смертности мужского населения, представленные в Российской базе данных по рождаемости и смертности Центра демографических исследований Российской экономической школы, Москва (Россия) (http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data), стандартизованные по Европейскому стандарту населения для возраста 15 лет и старше, и ранее опубликованные расчетные показатели потребления алкоголя в литрах абсолютного алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше. Для установления связи и вычисления доли связанной с

потреблением алкоголя смертности, использовалась модель авторегрессии проинтегрированного скользящего среднего с передаточной функцией (ARIMA). Выявление вклада связанной и несвязанной с потреблением алкоголя смертности в общее изменение смертности осуществлялось индексным методом. В результате установлено, что общее снижение смертности мужчин за период 2003-2013 гг составило 32,2%, из них за счёт не связанной с потреблением алкоголя смертности на 7,8%, за счёт связанной с потреблением алкоголя смертности – на 24,4%. Таким образом, снижение смертности мужского населения России в возрасте 15 лет и старше, наблюдающееся в последнее десятилетие, по-видимому, в большей степени обусловлено понижением потребления алкоголя, а его уровень остаётся одним из ведущих предикторов медико-демографического благополучия страны.

МЕТОД ОСОЗНАННОЙ КОММУНИКАЦИИ С ИНТУИЦИЕЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

Штыкин А.В.

*Частная практика
Ульяновск*

В статье представлен новый метод психодиагностики и терапии – МОКСИ (метод осознанной коммуникации с интуицией), ставший результатом собственной многолетней психотерапевтической практики автора.

Диагностика с помощью интуиции проблемы клиента очень точна и быстра на основании вопросов от терапевта к интуиции клиента выясняется в чем состоит проблема и способы ее решения.

Распределение позиций (ролей) участников психотерапевтического процесса существенно иное, чем в других направлениях. Терапевт является руководящей стороной (выбирает направление работы), интуиция – первостепенной (проводит диагностику и изменения), клиент – в легком трансе, передает ответы, сообщает о своем состоянии.

Мной был внедрен ряд конкретных техник работы с метафорическим образом интуиции: для изменений на уровне психическом (включающем личность и ее прошлое); для изменения на уровне Я непродуктивных идентификаций. Первоначально создается метафора соответствующего образования, затем на основе коммуникации с интуицией осуществляется выбор способа изменения: уничтожить, трансформировать, изолировать, привнести ресурсы, психическую энергию, разделить и др.

В зависимости от направленности и опыта психотерапевта он может добавить в предлагаемые варианты работы свои стандартные процессы, шаблоны работы.

МОКСИ осуществляется с помощью: 1) визуальных метафор; 2) аудиальных сообщений; 3) кинестетических ощущений; 4) пальцевых и др. видов сигналинга; 5) маятника.

МОКСИ отличается от подобной работы с субличностями (А. Ассаджиоли), частями (НЛП), психокомплексами (Юнг) следующими особенностями: опорой на компетентность интуиции клиента, неограниченностью сферы применения; жизненной убедительностью метафорического образа, второстепенностью позиции терапевта по отношению к интуиции.

Терапевтическое применение МОКСИ обнаружило ряд преимуществ: экологичность; высокая точность диагностики; возможность выбора наиболее подходящих способов работы; уникальность и адекватность подбираемых ресурсов; исключение влияния непроработанности личности терапевта; возможность контроля решения поставленной задачи; экономия времени работы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Якунина О.Н., Липатова Л.В.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

В настоящее время диагностические методы клинической психологии и психотерапевтические воздействия обоснованно входят в систему реабилитации больных эпилепсией. Комплексное психологическое исследование позволяет обнаружить нарушения различных сторон психической деятельности больных. Оно обеспечивает качественную и количественную оценку психологических феноменов, отражает их динамику в процессе лечения. С помощью психологического исследования наглядно раскрывается структура личности больных эпилепсией, ее уязвимые и сохранные стороны, что особенно важно для психотерапевтической работы. Психологическая диагностика показывает, что структура личности больных эпилепсией неоднородна. Ее формирование зависит от клинических, психологических и социальных факторов. Полифакторная обусловленность личностных особенностей больных эпилепсией предполагает и многоплановость лечебных воздействий, сочетание биологических и психосоциальных методов. Особенности когнитивной, эмоциональной сферы и поведения, наряду с приступами, определяют уровень социальной и трудовой адаптации пациентов. В связи с этим психологическая диагностика этих особенностей занимает существенное место в системе реабилитации пациентов с эпилепсией. Тактика психологической диагностики и коррекции соотносится с актуальным состоянием здоровья пациента, стадией болезненного и лечебного процесса, его жизненной ситуацией. Результаты психологического исследования используются для решения важных клинических и социально-значимых проблем пациентов, связанных с получением образования, трудоустройством, созданием семьи и

др. Болезнь для пациентов, страдающих эпилепсией, является мощным источником эмоционального стресса, вызывая невротические реакции и невротоподобные состояния в связи с ограничением образа жизни и социально-психологическими трудностями. Психологическая диагностика, психологическое консультирование и коррекция являются составными частями лечебного процесса в клинике эпилепсии. Как правило, в ходе психологического консультирования результаты психодиагностики тактично сообщаются пациенту, обсуждаются с ним и лежат в основе психологической коррекции и психотерапевтического процесса. Научно обоснованная психологическая коррекция особенностей личности больных эпилепсией на разных стадиях заболевания и получаемый от нее эффект повышает адаптационные возможности больного, увеличивает устойчивость его к эмоциональному стрессу, и в целом способствует улучшению результатов противоэпилептической терапии.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА

Якунина О.Н., Мазо Г.Э., Липатова Л.В.

*ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
Санкт-Петербург*

Расстройства биполярного спектра и эпилепсия представляют собой хронические заболевания с рекуррентным течением, имеющие высокую коморбидность, в основе которой лежат общие нейробиологические патогенетические механизмы.

Цель исследования: оценка встречаемости биполярных аффективных расстройств (БАР) среди больных эпилепсией (БЭ) с непсихотическими психическими расстройствами и исследование когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер у этих БЭ.

Материалы и методы. Обследовано 50 БЭ, средний возраст пациентов составил 40 лет (от 19 до 74 лет) с использованием шкалы гипомании HCL-32 (Hypomania Checklist-32) и комплексного психологического исследования.

Результаты и обсуждение. Среднее количество положительных ответов на 32 базовых вопроса было 11,1 (SD=4,5), от 3 до 20; в основной версии HCL-32 точкой разделения служит уровень 14 или выше (Мосолов С.Н. и др., 2015), его набрали 34% респондентов. Это позволяет говорить о высокой вероятности наличия у них БАР. Эпизоды подъёмов настроения сопровождали БЭ от 0 до 100 дней в году (в среднем 37,1). 47% больных, прошедших точку разделения первой шкалы, получили от 20 баллов и больше (с максимумом в 37) по индексу биполярности, что соответствует $\geq 20\%$ вероятности заболевания БАР.

Психологическое обследование БЭ выявило выраженную склонность к колебаниям фона настроения по данным методики ММРІ у 62% пациентов. У них интенсивность оценок по полярным шкалам 2 и 9 была почти одинакова (более 70 Т). У остальных пациентов преобладал, либо приподнятый фон настроения, либо сниженный. Это диагностировалось и с помощью фактора «Настроение» методики «САН». Высокая степень интенсивности того или иного полюса настроения у больных эпилепсией может свидетельствовать о возможности резкой смены настроения. Неустойчивость настроения больных эпилепсией сочеталась и с неустойчивостью самооценки и уровня коммуникабельности, причём самооценка могла колебаться также спонтанно, как и настроение. В структуре личности пациентов этой группы выявляется повышенный уровень тревожности, импульсивности при снижении ригидности. У 77% пациентов в структуре эмоционального реагирования возможен дисфорический компонент. При изучении эмоциональных копинг – стратегий по методике Э. Хайма у обследованных пациентов обнаружено преобладание стратегии самообвинения и подавления эмоций у 67% БЭ. Исследование когнитивной сферы выявило умеренное замедление темпа умственной работоспособности, ослабление памяти, умеренное снижение уровня обобщенности мышления и выраженную неустойчивость внимания (среднее количество ошибок в цифровой корректурной пробе – 26). Последнее говорит о том, что и в сфере attentionной деятельности, видимо, проявляется общая тенденция нестабильности психической деятельности больных эпилепсией.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности изучения расстройств биполярного спектра у больных эпилепсией, что позволит улучшить диагностику и оптимизировать терапию аффективных расстройств, нередко встречающихся у пациентов с эпилепсией.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Яшихина А.А., Романов Д.В.

*Самарский государственный медицинский университет
Самара*

Значительная распространенность личностных расстройств (РЛ), сопряженная с их низкой выявляемостью, высокой частотой ошибочной диагностики и выраженностью социальных последствий (деадаптация, проблемы зависимости, стресс, вызываемый пациентами у окружающих), обуславливает значимость комплексного подхода в лечении таких пациентов и совместного ведения психиатром и клиническим психологом на всех этапах медицинской реабилитации. Клиническая картина РЛ в разделе F 60 МКБ-10 представлена, в частности, в

терминах нарушений базисных психических процессов – расстройств когнитивной сферы, эмоционального реагирования, мотивации и коммуникаций, что позволяет обеспечить большее понимание и взаимодействие между врачом и психологом в процессе диагностики и терапии.

Целью проводимого исследования явилось изучение эмоциональных и мотивационных особенностей пациентов с расстройствами личности различных клинических вариантов. Ценность ожидаемых результатов определяется возможностью повышения качества распознавания РЛ и созданием психологических реабилитационных программ, учитывающих индивидуальные особенности эмоциональной и волевой сферы пациентов.

Для достижения поставленных задач использовались клинико-психологическая беседа и экспериментально-психологическая диагностика параметров эмоционально-волевой сферы: стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ); «тест руки» (Hand Test) Э.Вагнера; тест структурной проекции Г. Роршаха; модифицированный вось-

мицветовой тест М. Люшера, цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда. Материалом исследования служили 102 пациента с установленным диагнозом расстройство личности: шизоидное РЛ – 15 чел., параноидное РЛ – 1 чел., диссоциальное РЛ – 11 чел., эмоционально-неустойчивое РЛ – 16 чел., истерическое РЛ – 33 чел., ананкастное РЛ – 8 чел., тревожное РЛ – 17 чел., зависимое РЛ – 1 чел.

В ходе исследования были получены результаты, свидетельствующие о различиях в структуре эмоционального реагирования. Например, у пациентов с ананкастным и тревожным РЛ выявляется высокий уровень тревоги и напряженности, повышенное внимание к своим физиологическим процессам и здоровью, тогда как у пациентов с диссоциальным РЛ уровень тревоги и напряженности оказался минимальным. Пациенты с эмоционально-неустойчивым РЛ были меньше озабочены собственным телом. Полученные данные позволили выделить психокоррекционные «мишени», которые легли в основу для построения психокоррекционных программ для каждого из основных типов психопатий.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А				
Абрамова Л.И.	33	Голубева Е.Ю.	70	
Адамова Т.В.	29	Горобец Л.Н.	24	
Александров А.А.	9	Грандильская И.В.	17	
Алексеев Б.Е.	10	Гребенюков С.В.	26	
Амбарцумов Л.В.	10	Григорьева А.А.	26	
Андрианова Т.А.	59	Гришина О.Г.	48	
Аршинова В.В.	11	Громыко Д.И.	28	
Ахвледзиани К.Н.	23	Губачев Ю.М.	49	
Б				
Бабарахимова С.Б.	11, 12	Д		
Бабин С.М.	27	Демьяненко А.М.	27, 62	
Баянова Н.А.	68, 73	Джалилова З.О.	28	
Бebenин А.А.	12	Диденко А.В.	29	
Безгодова А.А.	14	Дубинина Л.А.	66	
Белан Р.М.	26	Дудко Т.Н.	29, 30	
Бельцева Ю.А.	14	Е		
Березина А.А.	39	Егоров А.Ю.	22	
Бисалиев Р.В.	15	Емельянцева Т.А.	31	
Блохина Е.А.	15, 74	Ерофеева Н.А.	28	
Борщук Е.Л.	68, 73	Ерухимович Ю.А.	35	
Бочаров В.В.	16	З		
Бродянский В.М.	37	Залуцкая Н.М.	14	
Брюн Е.А.	16	Заплаткин И.А.	48	
Бубнова И.В.	63	Зейгер М.В.	64	
Бурина Е.А.	17	Зиматкина О.С.	32	
Бушара Н.М.	74	Злоказова М.В.	14, 34	
В			Зобин М.Л.	32
Вагайцева М.В.	17	И		
Валькова У.В.	18	Иванов В.С.	27	
Васильева А.В.	50	Иващенко Д.В.	37	
Ваулин С.В.	19, 20	Излак А.Ф.	33	
Веракса А.Е.	22	Излак Е.В.	33	
Веселкова Ю.В.	22	Ильченко Е.Г.	33	
Ветрила А.М.	23	Илюк Р.Д.	28, 48	
Вид В.Д.	70	Искандарова Ж.М.	11, 12	
Винникова М.А.	81	Искандеров М.Н.	80	
Винтер В.Л.	10	Исмаилова Р.Д.	72	
Власов П.Н.	23	Исурина Г.Л.	34, 36	
Волынкин А.А.	23	Ичитовкина Е.Г.	34	
Г			Л	
Гладышенко А.В.	49	Левченко Е.В.	57	
Глушкова А.В.	24	Леоненкова С.А.	17	
К			Лим А.В.	36
Казанков К.А.	48	Липатова Л.В.	82, 83	
Л			Литвинков Н.П.	29
Казаржевская Л.А.	55	Ложкина Л.И.	49	
Каменюкин А.Г.	35	Ложников М.А.	33	
Караваева Т.А.	33, 36, 50, 52	Лозинская Е.И.	50	
Кибитов А.О.	37	Лозовая Т.В.	46	
Кириленко А.А.	27	Лозовой В.В.	46	
Киселев А.С.	28, 66	Лукошкина Е.П.	50	
Китов Я.О.	38	Лутова Н.Б.	51, 52, 70	
Климанова С.Г.	39	Лысенко И.С.	36, 52	
Клюшник Т.П.	33	Ляшкова С.В.	53	
Кобельков Г.М.	33			
Ковпак Д.В.	39			
Колесова Ю.П.	41			
Кондинский А.Г.	26			
Коноразов И.И.	32			
Копытов А.В.	54			
Копытов Ал.В.	41, 42			
Копытов Ан.В.	41, 42			
Коротина О.В.	29			
Корчагина Г.А.	42			
Костина Н.В.	43			
Кот Т.Л.	44			
Коцюбинский А.П.	44			
Кошкина Е.А.	45			
Кремлева О.В.	45, 46			
Крижановский А.С.	47			
Круглых А.А.	18			
Крупицкий Е.М.	15, 28, 48, 66, 72, 74			
Курпатов А.В.	49			
Курпатов В.И.	49			

М						
Мазо Г.Э.....	47, 83	Попова Ю.Г.....	55	Ульянова Ю.А.....	76, 80	
Макаревич О.В.....	51	Прощенко С.А.....	63	Ульянов И.Г.....	76	
Макиенко В.В.....	49	Пряникова Е.В.....	76, 80	Урываев В.А.....	77	
Максимчук В.П.....	54	Пустотин Ю.Л.....	80			
Манучарян Ю.Г.....	55					
Маркатун М.В.....	55	Р				
Мартыненко А.С.....	31	Ретюнский К.Ю.....	12	Фаддеев Д.В.....	27	
Марушкина А.В.....	31	Рогачева Т.В.....	63	Фадеева Е.В.....	26, 42	
Мелёхин А.И.....	22, 56	Романов Д.В.....	38, 43, 64, 83	Филиппова Ю.В.....	78	
Менделевич В.Д.....	56	Рохлина М.Л.....	66	Филиппов В.Л.....	78	
Меньшикова Л.В.....	57	Рузиева Г.Х.....	65	Фомина Н.Ю.....	19	
Меньшиков Г.А.....	62	Рузиева г.х.....	65			
Мизинова Е.Б.....	57	Рыбакова К.В.....	48, 66	Х		
Миназов Р.Д.....	58	Рыбчинский В.О.....	76, 80	Хяникяйнен И.В.....	79	
Михайлов А.Д.....	48					
Можгинский Ю.Б.....	59	С				
Мустафина К.А.....	39	Саунова М.С.....	66	Целинский Б.П.....	30	
		Сафонова Н.Ю.....	67	Цыганок М.В.....	20	
		Семенова Н.В.....	24, 67			
Н			Семиглазова Т.Ю.....	17		
Назарова Н.Р.....	59	Скурат Е.П.....	72	Чайкина А.Е.....	76	
Назыров Р.К.....	60	Слесарева Г.М.....	68	Чернов П.Д.....	79	
Невмержицкая Т.А.....	31	Смирнова С.А.....	68	Чехонадский И.И.....	80	
Неженцева В.В.....	55	Смирнова С.В.....	69	Чубрикова А.В.....	63	
Незнанов Н.Г.....	14	Смирновская М.С.....	11	Чулкова В.А.....	17	
Немцов А.В.....	60	Соловьев А.Г.....	34, 70	Чупрова Н.А.....	37	
Новикова И.А.....	70	Сорокин М.Ю.....	50, 52, 70			
Носачев И.Г.....	64	Степанова Э.В.....	29	Ш		
		Столяров С.А.....	33	Шамаева А.Н.....	39	
О			Стрельник С.Н.....	64	Шахова С.М.....	81
Овчинников А.А.....	61	Сулимова Н.В.....	74	Шельгин К.В.....	81	
Оганесян Н.Ю.....	61	Султанова А.Н.....	61	Шишкова А.М.....	16	
Олейчик И.В.....	33			Штыкин А.В.....	82	
		Т			Шувалов С.А.....	37
П			Ташлыков В.А.....	71		
Павлов К.И.....	41, 42	Титов Л.П.....	41, 42	Щ		
Палкин Ю.Р.....	27, 62	Тромбчиньски П.К.....	71	Щербинина Л.А.....	76	
Папырин В.Д.....	29	Трусова А.В.....	39, 72			
Парпиев ш.....	65	Тубольцев А.А.....	73	Я		
Петрова Н.Н.....	62	Тукаев Р.Д.....	73	Якунина О.Н.....	82, 83	
Петрова Ю.И.....	52	Тюсова О.В.....	74	Ярославцева Т.С.....	15	
Петрухин В.С.....	23			Яшихина А.А.....	64, 83	
Поздяева А.Н.....	64					
Полторак С.В.....	57	У				
Пономаренко В.Н.....	80	Уласень Т.В.....	19, 20, 74	Л		
				Z. Carl Lin.....	9	

СОДЕРЖАНИЕ

БОРИС ДМИТРИЕВИЧ КАРВАСАРСКИЙ (БИОГРАФИЧЕСКИЙ ОЧЕРК). К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Караваева Т.А., Васильева А.В., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И.	5	ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ГОСПИТАЛИЗМА Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.	14
ALCOHOL ABUSE: RISKS AND TREATMENT DEVELOPMENT Z. Carl Lin, Ph.D.	9	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОДСТВЕННИКОВ ЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ Бисалиев Р.В.	15
СООТНОШЕНИЕ КОГНИТИВНОГО И АФФЕКТИВНОГО В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Александров А.А.	9	КАК ОСТАНОВИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ЗЛУОПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Ярославцева Т.С.	15
КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МУЖЧИН ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА Алексеев Б.Е., Винтер В.Л.	10	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ «ВЫГОРАНИЯ» У РОДСТВЕННИКОВ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Бочаров В.В., Шишкова А.М.	16
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Амбарцумов Л.В.	10	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Брюн Е.А.	16
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Аршинова В.В., Смирновская М.С.	11	МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ КАК МЕТОД РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ Бурина Е.А., Грандилевская И.В.	17
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.	11	ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ И ХОСПИСЕ Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Леоненкова С.А., Семиглазова Т.Ю.	17
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.	12	ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Валькова У.В., Круглых А.А.	18
ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Бегенин А.А., Ретюнский К.Ю.	12	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ Ваулин С.В., Уласень Т.В., Фомина Н.Ю.	19
О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Безгодова А.А., Злоказова М.В.	14	МЕТОД ПИКТОГРАММ В ИССЛЕДОВАНИИ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Ваулин С.В., Уласень Т.В., Цыганок М.В.	20

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ: АУГМЕНТАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ И ПРЕПАРАТОВ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ Веракса А.Е., Егоров А.Ю.....	22	КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСУЖДЕННЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОТБЫВАЮЩИХ УГОЛОВНОЕ НАКАЗАНИЕ В ВИДЕ ПОЖИЗНЕННОГО ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ Диденко А.В., Степанова Э.В.....	29
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ Веселкова Ю.В., Мелёхин А.И.....	22	ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЛОВЕСНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДИНАМИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Дудко Т.Н., Литвинков Н.П., Папырин В.Д., Адамова Т.В., Коротина О.В.....	29
НОРМАЛИЗАЦИЯ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ Ветрила А.М.....	23	ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ (ТРУДОВЫХ) МАСТЕРСКИХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ Дудко Т.Н., Целинский Б.П.....	30
ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ Волынкин А.А., Власов П.Н., Петрухин В.С., Ахвледиани К.Н.....	23	ДЕФИЦИТ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ Емельянцева Т.А., Марушкина А.В., Невмержицкая Т.А.....	31
К ВОПРОСУ О ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОМ БРИГАДНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В РАМКАХ СОВРЕМЕННОЙ РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИИ Глушкова А.В., Семенова Н.В.....	24	ДЕФИЦИТ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Емельянцева Т.А., Мартыненко А.С.....	31
ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ Горобец Л.Н.....	24	МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ (ПИН) В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Зиматкина О.С., Коноразов И.И.....	32
ИЗУЧЕНИЕ КАТАМНЕЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Гребенюков С.В., Белан Р.М., Кондинский А.Г.....	26	ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Зобин М.Л.....	32
СПЕЦИФИКА ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗНОГО ТИПА Григорьева А.А., Фадеева Е.В.....	26	МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСА НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ Изник А.Ф., Изник Е.В., Ключник Т.П., Кобельков Г.М., Олейчик И.В., Абрамова Л.И., Столяров С.А., Ложников М.А.....	33
ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА В ПСИХОТЕРАПИИ Демьяненко А.М., Бабин С.М., Палкин Ю.Р., Фадеев Д.В., Кириленко А.А., Иванов В.С.....	27	ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ) Ильченко Е.Г., Караваева Т.А.....	33
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИАТНЫХ НАРКОТИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ Джалилова З.О., Илюк Р.Д., Громько Д.И., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.....	28		

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Исурина Г.Л.	34	ФАРМАКОТЕРАПИЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРТОНИНОВОЙ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ СИСТЕМЫ Копытов Ан.В., Павлов К.И., Титов Л.П., Копытов Ал.В.	42
О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПОМОЩИ ПОЛИЦЕЙСКИМ-КОМБАТАНТАМ Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.	34	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.	42
ПСИХОТЕРАПИЯ В ЭПОХУ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ОТ ПРЕДПОЛОЖЕНИЙ К ФАКТАМ Каменюкин А.Г., Ерухимович Ю.А.	35	ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ Костина Н.В., Романов Д.В.	43
ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ С ИСТЕРИЧЕСКИМ ТИПОМ НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА Караваева Т.А., Исурина Г.Л., Лим А.В., Лысенко И.С.	36	ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ОБОСТРЕНИЙ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ХМАО-ЮГРЫ Кот Т.Л.	44
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: КРИТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ Кибитов А.О.	37	ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ Коцюбинский А.П.	44
РИСК РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ И СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ДОФАМИНА (DAT И DBH) С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ Кибитов А.О., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Иващенко Д.В., Шувалов С.А.	37	МОНИТОРИНГ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ Кошкина Е.А.	45
ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕННОСТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ Китов Я.О., Романов Д.В.	38	ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К МЕТОДОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ Кремлева О.В.	45
ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Мустафина К.А., Шамаева А.Н.	39	ТИПЫ ПРИСОЕДИНЯЮЩЕЙ СВЯЗИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ Кремлева О.В., Лозовой В.В., Лозовая Т.В.	46
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАРВАСАРСКОГО, ИСУРИНОЙ, ТАШЛЫКОВА Ковпак Д.В.	39	АССОЦИАЦИИ ТИПА ПРИСОЕДИНЯЮЩЕЙ СВЯЗИ НАЧИНАЮЩИХ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ С СУПЕРВИЗОРСКИМИ ОЦЕНКАМИ НАВЫКОВ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ Кремлева О.В., Лозовой В.В., Лозовая Т.В.	46
ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ИНТЕГРАЦИИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ПСИХИАТРИИ, НА ПРИМЕРЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ Колесова Ю.П.	41	ПРОФИЛЬ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЕЙ Крижановский А.С., Мазо Г.Э.	47
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДОФАМИНОВОЙ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ СИСТЕМЫ Копытов Ан.В., Павлов К.И., Титов Л.П., Копытов Ал.В.	41	РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГАБАЛИНА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО АНАЛИЗА Крупницкий Е.М., Илюк Р.Д., Михайлов А.Д., Казанков К.А., Рыбакова К.В., Гришина О.Г., Заплаткин И.А.	48
		ШКОЛА Б.Д. КАРВАСАРСКОГО. ПЕРСПЕКТИВЫ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Курпатов В.И., Гладышенко А.В., Курпатов А.В., Губачев Ю.М., Макиенко В.В.	49

КОМПАЕНС КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТ Ложкина Л.И.....	49	КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА Мелёхин А.И.....	56
ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ КРИТИКИ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Лозинская Е.И., Сорокин М.Ю.....	50	«ТРУДНЫЙ БОЛЬНОЙ» И ПРОБЛЕМА КЛАССИФИКАЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Менделевич В.Д.....	56
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ И ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЗМОЖНОСТИ И СПЕЦИФИКА ПРИМЕНЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ Лукошкина Е.П., Васильева А.В., Караваева Т.А.....	50	ДИАГНОСТИКА ЖИЗНЕННОГО МИРА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ Меньшикова Л.В., Левченко Е.В.....	57
ПОТРЕБНОСТИ БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ Лутова Н.Б., Макаревич О.В.....	51	СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ) Мизинова Е.Б., Полторак С.В.....	57
СЕМАНТИКА ВНЕШНЕЙ СТИГМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Петрова Ю.И.....	52	ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ Миназов Р.Д.....	58
УРОВНИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ПСИХОЛОГО-МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ Лысенко И.С., Караваева Т.А.....	52	ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНОГО, «ДОКРИМИНАЛЬНОГО» ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: ОБОСНОВАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Можгинский Ю.Б., Андрианова Т.А.....	59
МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО- ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Ляшковская С.В.....	53	ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РАБОТЫ С ЭМОЦИЯМИ В АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Назарова Н.Р.....	59
О ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ Максимчук В.П.....	54	ВОЗМОЖНА ЛИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ? Назыров Р.К.....	60
МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ Максимчук В.П., Копытов А.В.....	54	АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ КАМПАНИЯ 2000 ГОДА Немцов А.В.....	60
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Манучарян Ю.Г.....	55	КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ Овчинников А.А., Султанова А.Н.....	61
ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ И СУПЕРВИЗИИ СПЕЦИАЛИСТОВ НОВОСИБИРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (РПА) Маркатун М.В., Казаржевская Л.А., Попова Ю.Г., Неженцева В.В.....	55	ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ Оганесян Н.Ю.....	61
		К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Демьяненко А.М., Меньшиков Г.А.....	62
		ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Прощенко С.А., Бубнова И.В., Чубрикова А.В.....	63

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ Рогачева Т.В.....	63	СОДРУЖЕСТВО КЛАССИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТОВ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ Смирнова С.В.....	69
ПРОБЛЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ Романов Д.В.....	64	СКРИНИНГ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОСНОВЕ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Соловьев А.Г., Новикова И.А., Голубева Е.Ю.....	70
РОЛЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ВНУТРИВУЗОВСКОГО И ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА Романов Д.В., Стрельник С.Н., Носачев И.Г., Яшихина А.А., Зейгер М.В., Поздеева А.Н.....	64	РОЛЬ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЛАЕНСА У ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д.....	70
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА Рузиева Г.Х.....	65	ЗНАЧЕНИЕ НЕОСОЗНАВАЕМЫХ АСПЕКТОВ НЕВРОТИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ Ташлыков В.А.....	71
СКЛОННОСТЬ К СУИЦИДУ У ВРАЧЕЙ Рузиева г.х., Парпиев ш.....	65	РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕВРОТИЗАЦИЮ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ Тромбчиньски П.К.....	71
ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ КАЧЕСТВОМ РЕМИССИИ Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.....	66	МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ Трусова А.В.....	72
ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА Саунова М.С., Рохлина М.Л.....	66	ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Трусова А.В., Крупицкий Е.М., Скурат Е.П., Исмаилова Р.Д.....	72
ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА Сафонова Н.Ю.....	67	ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЛЮДЯМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ Тубольцев А.А., Борщук Е.Л., Баянова Н.А.....	73
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЫРАЖАТЬ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ Семенова Н.В.....	67	КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ Тукаев Р.Д.....	73
ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НА РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА Слесарева Г.М.....	68	ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ ЛИНК ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ: КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ, ОСНОВАННЫЙ НА СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА Тюсова О.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М., Крупицкий Е.М.....	74
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И МЕХАНИЗМЫ ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ-УЧАСТКОВЫХ Смирнова С.А., Борщук Е.Л., Баянова Н.А.....	68		

ДЕПРИВАЦИОННЫЙ СИНДРОМ И СИРОТСТВО: ПРИЧИНЫ, СЛЕДСТВИЯ Уласень Т.В., Сулимова Н.В.....	74	МЕТОД АКТИВНОЙ МУЗЫКАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ Чехонадский И.И., Пряникова Е.В., Искандеров М.Н., Ульянова Ю.А.....	80
ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ И ОКАЗАНИЕ ИМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Ульянов И.Г., Чайкина А.Е.....	76	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ Шахова С.М., Винникова М.А.....	81
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕВРОЗОВ Ульянова Ю.А., Щербинина Л.А., Рыбчинский В.О., Пряникова Е.В.....	76	ВКЛАД ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В СНИЖЕНИЕ МУЖСКОЙ СМЕРТНОСТИ РОССИИ В 2003-2013 ГГ. Шелыгин К.В.....	81
ВЧИТЫВАЯСЯ В А.Ф. ЛАЗУРСКОГО Урываев В.А.....	77	МЕТОД ОСОЗНАННОЙ КОММУНИКАЦИИ С ИНТУИЦИЕЙ В ПСИХОТЕРАПИИ Штыкин А.В.....	82
К ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ И ПОЛИКЛИНИКАХ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.....	78	КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Якунина О.Н., Липатова Л.В.....	82
РОЛЬ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА Хяникяйнен И.В.....	79	КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА Якунина О.Н., Мазо Г.Э., Липатова Л.В.....	83
ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА Чернов П.Д.....	79	ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ Яшихина А.А., Романов Д.В.....	83
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ С ПОЗИЦИЙ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА Чехонадский И.И., Пономаренко В.Н., Пряникова Е.В., Пустотин Ю.Л., Рыбчинский В.О.....	80		

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**НАУКА И ПРАКТИКА
РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХИАТРИИ:
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

...

5-6 ФЕВРАЛЯ 2016 ГОДА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]:
тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова

СПб.: Альта Астра, 2016

1 электрон, опт. диск (CD-ROM)

Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0

ISBN 978-5-905498-44-2