

# **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: В ПОИСКАХ ИДЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**



**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
(ПАМЯТИ Б.Д. КАРВАСАРСКОГО)**

**МЕСТНО ПРОВЕДЕНИЯ:  
20-21 ФЕВРАЛЯ 2025 ГОДА  
В ФГБУ «НМИЦ ПН ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА»  
ПО АДРЕСУ: САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, УЛ БЕХТЕРЕВА, д. 3**

**Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием  
«Клиническая психотерапия: в поисках идеальной практики»  
(памяти Б.Д. Карвасарского), 20-21 февраля 2025 года, Санкт-Петербург  
[Электронное издание] / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН  
им. В.М. Бехтерева, 2025. — 122 с. — ISBN 978-5-94651-102-5**

**Под общей редакцией Незнанова Н.Г.**

**Редакционная коллегия:**

Ляшковская С.В., Семенова Н.В., Кондинский А.Г.

**Технические редакторы:** Анохина М.В., Квасов Е.А.

Сборник подготовлен к Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психотерапия: в поисках идеальной практики» (памяти Б.Д. Карвасарского), 20-21 февраля 2025 года, Санкт-Петербург

Представлены тезисы по психотерапии, психиатрии, наркологии, клинической (медицинской) психологии. Сборник состоит из 14 тематических разделов, содержит более 70 тезисов научных работ.

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

ISBN 978-5-94651-102-5

УДК 616.89(063)

ББК 56.146

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2025

© Коллектив авторов, 2025

# **ПСИХОТЕРАПИЯ**

## **ИМИТИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО С ПРЕВАЛИРУЮЩИМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ**

**Кузьмина С.В., Иванова Г.Р.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ России,

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ

Казань, Москва

Factitious disorder with a predominant ophthalmological component: clinical manifestations and possibilities of psychotherapeutic support

Kuzmina S., Ivanova G.

"Имитированное расстройство, или синдром Мюнхгаузена, представляет собой хроническое состояние, проявляющееся симулированием, фальсифицированием или провоцированием у себя соматических, психологических, поведенческих симптомов или агgravацией симптомов существующего заболевания, подтверждающиеся установленным фактом подлога и мотивируемые разными целями. Оно рассматривается как расстройство, связанное с принятием роли больного, и нередко сочетается с другими выраженным аномалиями личности и взаимоотношений. Дифференциальная диагностика проводится с проявлениями диссоциативных расстройств, соматизированного или ипохондрического расстройства, а также симуляцией.

Пациенты с имитированным расстройством чаще обращаются в медицинские учреждения соматического профиля, демонстрируя нарушения гастроэнтерологического, кардиологического или неврологического характера. В силу вычурности и значимости нарушений особый интерес представляют собой имитированные расстройства в офтальмологической практике. Сложность диагностики и необходимость разделения органических и неорганических причин нарушения зрения затрудняют выявление и лечение данной патологии, остающейся недостаточно освещенной и незнакомой широкому кругу специалистов. В зарубежных исследованиях встречаются отдельные клинические наблюдения за пациентами с манифестацией синдрома Мюнхгаузена в форме зрительных нарушений (*ocular Munchausen's syndrome*), однако до недавнего времени отсутствовали подробные сообщения о таких наблюдениях в условиях отечественной клинической практики, равно как и описание опыта психотерапии данной патологии.

Авторами представлен анализ клинического случая пациентки Д., 18 лет, длительное время наблюдавшейся офтальмологами с жалобами на прогрессирующие нарушения зрения. Предположение об агgravации симптомов появились только через два года после первых жалоб на значительное ухудшение зрения. Одновременное существование органических причин ухудшения зрения долгое время позволяли предполагать объективный характер предъявляемых симптомов, однако заявления о полной утрате зрения на фоне хорошей социальной и моторной продуктивности, скрытый отказ от приёма назначенных препаратов, требование всё более сложных инвазивных медицинских вмешательств, обнаружение факта провоцирования симптомов вынудили врачей заподозрить симулятивное поведение со стороны пациентки. Вскоре после обнаружения факта имитации офтальмологической патологии с использованием 0,1% раствора атропина сульфата, длительные инсталляции которого могли вызвать парез

аккомодации и стать причиной мидриаза, пациентка сообщила, что зрение восстановилось самопроизвольно.

Установление диагноза имитированного расстройства стало возможным благодаря подтверждению ряда особенностей рассматриваемого случая:

- 1) длительный анамнез жалоб соматического характера, в том числе гастроэнтерологического (панкреатит), кардиологического (артериальная гипертензия с кризовым течением), офтальмологического (спазм аккомодации, миопия слабой степени) и нейроофтальмологического (частичная атрофия зрительного нерва) профилей;
- 2) настойчивая ориентированность на получение медицинской помощи, включая разнообразные обследования, инвазивные и потенциально опасные виды медицинского вмешательства (ретробульбарные инъекции);
- 3) осознанный характер имитации симптомов вплоть до умышленного их провоцирования (инстилляции раствора атропина сульфата);
- 4) спонтанное и полное разрешение всех заявляемых симптомов с незaintересованностью пациентки в понимании того, какой из методов лечения оказался эффективным;
- 5) отсутствие симптомов выраженных депрессивно-тревожных расстройств, несоответствие приподнятого фона настроения заявляемой степени снижения функций;
- 6) наличие признаков личностных расстройств по данным экспериментально-психологического и патопсихологического обследований (отдельные черты шизоидного, истерического и эмоционально неустойчивого типов);
- 7) отсутствие выраженного нарушения функционирования, отчётливый интерес к взаимодействию и адаптации в рамках заявляемых ограничений.

В контакте с психиатром пациентка оставалась настороженной, склонной к демонстрации и преувеличению тяжести состояния, при этом не предъявляла конкретного запроса, не озвучивала предметные жалобы, признавала недостаточную открытость и искренность при общении с врачами. Высказывания и объяснения пациентки не отличались продуманностью и проработанностью, чаще носили ситуационный, поверхностный характер. Психотерапевтическое вмешательство было ограничено редкими визитами пациентки и отсутствием заинтересованности ее заинтересованности.

Ряд авторов, рассматривавших данную проблему, допускает возможность и даже эффективность комплексной терапии расстройства, включающей психологическую и психофармакотерапевтическую помощь (Mark et al, 2021; Raviskanthan et al, 2022), однако противники такого подхода считают участие психиатров и психотерапевтов необоснованным и неэффективным, используя исключительно неконфронтационное убеждение пациента в возможности постепенного восстановления зрения. До сих пор не существует стандартизованных методов лечения имитированного расстройства с доказанной эффективностью. Чаще всего рекомендуется непредвзятый подход с избеганием прямых обвинений и унижения пациента; прояснение роли стресса в развитии симптоматики и возможностей совладания с ним с последующим развитием новых копинг стратегий; коррекция поведенческих нарушений. Психообразование с последующей конфронтацией с симптомами помогает пациенту понять особенности расстройства, идентифицировать симптоматику как просьбу о помощи, адресованную значимым лицам, научиться минимизировать негативные поведенческие проявления. Возможно применение когнитивно-поведенческой терапии и семейной терапии (Nerz, 2023). Психофармакотерапия используется для лечения тревожных, депрессивных нарушений, сопровождающих основное заболевание. При этом пациенты отличаются низкой комплаентностью, маловосприимчивы к психотерапевтической и

психиатрической помощи и склонны прерывать лечение, меняя врачей и лечебные учреждения (Jafferany et al.,2018).

Психиатрическая и психотерапевтическая помощь пациентке в рассматриваемом случае предусматривала установление и поддержание безопасной связи с терапевтом, отказ от прямых обвинений в симуляции. Проводилось психообразование с постепенной конфронтацией с симптомами, включение родственников пациентки в семейную терапию с целью изменения отношения к ее диагнозу и коррекции внутрисемейных отношений.

Необходимо признать, что в настоящее время отсутствуют достаточные исследования для определения эффективности любого метода терапии ИР. Сопровождение пациентов с ИР является сложной задачей, обусловленной неточными интерпретациями, дифференциальными диагнозами, которые создают терапевтические коллизии, частое отсутствие межврачебной преемственности. В связи с этим, подходы и методы, изложенные в публикации, могут быть полезными для коллег."

## **Долгосрочная психокоррекционная работа в специализированном отделении. Тактика**

**групповых сессий с пациентами принудительного лечения**

**Щурова И.А.**

СПбГКУЗ Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца

г Санкт-Петербург

Long-term psychocorrection in a specialized department. Tactics of group sessions with patients of compulsory treatment

Schurova I.A.

### **Актуальность**

Основной целью принудительного лечения в психиатрических стационарах является снижение общественной опасности пациентов и предупреждение новых преступлений с помощью психосоциальной реабилитации, но, занимаясь практической работой, становится очевидно, что возрождение и повторный рост личности едва заметны при такой тактике, потому как пациенты, переживающие тяжелые психические расстройства и криминальный опыт, находятся на домородальном уровне инфантильного страха и эго-слабости. Как бы тщательно они ни обучались взрослым социальным и моральным обязательствам и ценностям, они не способны удерживаться на сознательном уровне их личности. Это обстоятельство требует иных подходов в работе и является важным инструментом для психолога в психиатрическом стационаре вообще и в специализированном отделении в частности.

Гипотеза: изучение системы отношений каждого пациента и взаимодействия внутри закрытого коллектива, а также представления участников о себе и совершенном преступлении позволяет больше узнать о внутренней картине болезни для последующего определения реабилитационного потенциала.

Целью работы было выявление закономерностей и особенностей в динамике процесса проведения долгосрочной психокоррекционной группы

Задачи:

- изучить данные, полученные с 2017г.;
- выделить этапы работы и охарактеризовать их;
- выявить основные тенденции в изменениях о представлении о себе у пациентов.

Описание группы

Группа действует с 2017 года, все пациенты состояли на учете у психиатра, многие из них неоднократно получали психиатрическую помощь в разных больницах города, начиная с подросткового возраста, жили в приютах, отбывали наказания в тюрьмах.

Возраст пациентов составил от 26 до 63 лет;

Отбор участников проводился совместно с врачом-психиатром, заведующим отделения, изучался анамнез, ОД и тип ремиссии;

Группа «закрытая», количество человек от 8 до 12, частота встреч два раза в неделю, продолжительность – 1 час.

Проводилась прелиминарная встреча для определения индивидуальных целей; по согласованию с лечащим врачом назначалась индивидуальная психокоррекция; участие было противопоказано пациентам, находящимся в остром психотическом состоянии и имеющим выраженные дефекты в когнитивной и эмоционально-личностной сферах.

Методы работы с пациентами:

- Клиническое интервью,
- Наблюдение,
- Индивидуальная психокоррекция,
- Групповая дискуссия.

Проблем первых двух лет работы и анализ взаимодействия подгрупп и лидеров

Удавалось анализировать альянсы и возрастающие конфликты: пациенты нападали подгруппами друг на друга, ведущему не хватало инструментов для профилактики и нейтрализации. Напоминание правил было для пациентов только маркером грозящего усиления режима, но уважения словам не было.

Лидерами периодически становились высоко функциональные и криминализированные участники.

Наиболее частые запросы пациентов касались воспоминаний о наркотизации и алкоголизации, физическом насилии, финансовой травме и голода, переживаний утраты близких, конфликтах на отделении.

Размышления участников на тему личной опасности

Представлениям пациента В. о своей личной опасности:

1) я ревнивый, если бы я заподозрил своего друга, что он спит с моей возлюбленной, то я бы точно поссорился с ним.

2) мой гнев закрывает мне глаза, и я как будто не вижу и не понимаю, что я творю. Несколько раз я дрался из-за чувства гнева и несправедливости и так однажды получилось, что 2 парня меня чуть не задушили.

3) мое чувство одиночества заставляет меня изолироваться от близких до такой степени что я могу совершить попытку суицида

4) моя гордость, которая возвышает меня над другими людьми и уводит хоть на сколько-то от низкой самооценки, мешает просить помощи.

5) страх, который сковывает меня и мешает возможности действовать, отбирает шансы изменить жизнь к лучшему.

я в гневе порезал двоих людей и одного из них отправили в реанимацию

или я их порезал из-за страха? - их было больше, а я один.

Представления пациента Д. о своей личной опасности:

«Сочинение на тему как я опасен для себя самого

Я очень ценю ваш труд, поэтому не мог оставить без внимания ваше задание. На мой взгляд, не написать ничего означало бы проявить крайнюю степень неуважения.

Однако по заданной теме мне толком и сказать нечего. Разве что моя болезнь делает меня опасным для окружающих и себя самого – так написано в медицинском заключении, поэтому я нахожусь здесь, на принудительном лечении. Буду принимать назначенную мне терапию на свободе и все будет хорошо. Когда я окажусь на свободе и окажусь ли вообще это решат врачи. Человека опасного для себя самого выпускать нельзя. Мало ли что он может натворить и с этим нельзя не согласиться. Именно поэтому мою опасность пусть определяют специалисты, а я им доверяю. На этом буду заканчивать. Огромное спасибо, что вы с нами занимаетесь».

Выводы:

1. В долгосрочной терапии пациентов принудительного лечения до права на анализ системы ценностей надо пройти долгий путь. Сoverшив социальный суицид, они оказываются один на один с отчаянием, которое за редким исключением выделяют как терапевтическую мишень, чаще ввиду личных качеств специалиста и динамики трансферентных отношений.

2. В группе есть место для вины и боли – это то приобретение в воспитании и пребывании в семье, то расположение чувств, которые вечно оборачивались против пациентов. Вместе с ненавистью, завистью и деструктивностью в ходе анализа возвращаются другие важные части себя, которые прежде были потеряны. Большое облегчение возникает также от ощущения себя более цельным человеком, от приобретения контроля над собой и чувства безопасности в отношениях с миром в целом.

До преступления попытки призвать на помощь, бесконечная и изматывающая надежда, что родители развернутся к тебе, обратят внимание и придут на помощь, были вызывающими, аутоагgressивными и бесплодными.

Отчаяние организовывало жизнь пациентов, позволяя идентифицироваться через криминальное, агрессивное поведение как бы в память о родителях.

3. У большинства пациентов дисфункциональные семьи, напряжение в них тянется поколениями с сопутствующей психопатологией.

Здесь можно обратить внимание на феномен делегированного самоубийства и делегированного убийства, совершаемые пациентами для того, чтобы справиться с непереносимыми аффектами депрессии психотического уровня.

Заключение. Существует определенный риск перехода психотерапии в педагогику, где пациенты заново реализуют садистические тенденции под прикрытием «благой идеи и помощи».

Практическая значимость и рекомендации:

Долгосрочная динамическая группа деликатно выявляет систему отношений каждого пациента и взаимодействие внутри закрытого коллектива; требует от специалиста регулярной супervизии и личной психотерапии; прогнозирует поведенческие паттерны пациентов, что является важным критерием для выписки или продолжения лечения.

## **ПОЗИТИВНО-ДИАЛОГОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (ГИПНОТЕРАПИЯ) ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ; ОЦЕНКА В КОНТРОЛИРУЕМОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

**Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Срывкова К.А., Кузнецов В.В.  
РМАНПО  
г. Москва**

Positive dialogue psychotherapy (hypnotherapy) for anxiety disorders: evaluation in a controlled trial  
Tukaev R.D., Kuznetsov V.E., Sryvkova K.A., Kuznetsov V.V.

"Актуальность доказательных исследований эффективности отечественных методов психотерапии тревожных расстройств определяется: а) их малочисленностью; б)

преобладанием в международной практике доказательных исследований методов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ); устойчивого мнения о превосходящей эффективности КПТ (не подтверждаемого объективным анализом актуальной совокупности доказательной эффективности различных психотерапевтических методов (Тукаев Р.Д., 2022)).

Целью исследования авторов было стала масштабная оценка эффективности позитивно-диалоговой психотерапии (на основе гипнотерапии) при тревожных расстройствах, с использованием единой методологии и дизайна перекрестного контроля листа ожидания.

**Материалы и методы.** Рандомизированное контролируемое исследование клинической эффективности позитивно-диалоговой психотерапии на основе методики универсальной гипнотерапии Р.Д. Тукаева при тревожных расстройствах было проведено в терапевтической группе ( $n = 156$ ): паническое расстройство ( $n = 56$ ), генерализованное тревожное расстройство ( $n = 64$ ) и смешанное тревожно-депрессивное расстройство ( $n = 36$ ); в сравнении с контрольной группой листа ожидания ( $n = 72$ ). В исследовании использовались традиционные психометрические инструменты: SCL-90, STAI, BDI, ShARS, для оценки эффекта полноты осознания (mindfulness) — FFMQ-SF и MAAS.

Позитивно-диалоговая психотерапия (ПДП) построена на протоколе, разработанным Р.Д. Тукаевым (2015-2024) и содержит три компонента: 1) психообразовательный; 2) каузально-когнитивно-ориентированный; 3) универсальную гипнотерапию (УГТ).

Психообразовательный компонент направлен на коррекцию представлений пациента о причинах и особенностях развития тревожного расстройства и путях выздоровления, которые на момент обращения - дезадаптивны. Психообразовательный компонент включает дидактический материал о: (1) тревоге как о нормальной, мобилизационной реакции, требующейся для преодоления или избегания ситуации опасности; (2) о тревожном расстройстве и его фазном развитии в вариантах ПР, ГТР и СТДР в силу «раскачки» реакции тревоги и аффективного состояния комплексом психогенных, социально-средовых, биологических факторов; (3) возможностях психотерапевтического купирования тревожного расстройства на основе (а) разрешения имеющихся психогенных проблем, (б) исключения интоксикационных механизмов (при их наличии), (в) копинга аффективного компонента (при его наличии), (г) общего повышения адаптационных ресурсов организма и психики (за счет рационализации образа жизни), (д) нормализации вегетативного регулирования за счет психотерапии, либо комплекса психотерапии и психофармакотерапии (Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., 2015).

Каузально-когнитивно-ориентированный компонент основывается на представлении, что изменения в психотерапевтическом процессе возможны, если пациент начинает осознавать и понимать свое состояние и, таким образом улучшает контроль за своим состоянием и поведением. Таким образом, каузально-когнитивно-ориентированный компонент ПДП направлен на решение следующих задач: (1) индивидуализации усвоения психообразовательного компонента; (2) стимулирования копинга пациентом триггеров тревоги, стереотипов негативного аффективного отреагирования; (3) стимулирования формирования и поддержания здорового образа жизни с нормализацией вегетативного регулирования; (4) стимулирования овладения пациентом навыка самостоятельного понимания и решения проблемных ситуаций; (5) развития навыков позитивного мышления и мировосприятия.

Универсальная гипнотерапия (УГТ) направлена на: 1) повышение личностной интегрированности и самоидентичности; 2) использование проективных преобразований психогенного, сомато-сенсорного контекста индивидуума; 3) седативно-дистанцирующее воздействие репродуцируемого цвета; 4) стимуляция дистанцирования стрессогенных переживаний и завершение негативных состояний, расстройств, переживаний на основе моделирования и проработки индивидуумом корrigирующего, позитивного поведения; 5)

дублирование действия используемых приемов; 6) итоговое создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента. Теоретически методика позитивно-диалоговой терапии основывается на: интегративной теории гипноза, модели системы психологической адаптации личности, модели нормального переживания, модели болезни и терапии и понятии стыковочного сценария (Тукаев Р.Д., 1987-2023).

ПДП опирается на теоретические основы, близкие к ряду направлений западной психотерапии, включая когнитивно-поведенческую терапию, позитивную психологию и практики осознанности (mindfulness). Схожесть с позитивной психологией проявляется в подходах к изучению адаптационных механизмов личности. В ПДП такие механизмы рассматриваются через систему психологической адаптации, а в позитивной психологии через концепции целостности (sense of coherence), динамической устойчивости (resilience) и управления ресурсами (resourcefulness) (Celinski M.J., 2011; Celinski M.J., 2008). Сходство с методиками осознанности заключается в близких представлениях о модели нормального переживания, описывающей универсальные механизмы реакции, необходимые для поддержания психического здоровья.

**ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** В терапевтической группе наблюдалось достоверное снижение показателей клинических шкал оценки тревоги и депрессии (методик SCL-90, STAI, BDI, ShARS) (размеры эффекта от  $r=0,31$  до  $r=0,45$ ), тогда как показатели (полноты осознания) достоверно возросли (FFMQ-SF  $r=0,40$ , MAAS  $r=0,25$ ). Достоверные изменения аналогичных показателей для группы контроля листа ожидания ( $n = 72$ ) отсутствовали. Полученные результаты сопоставлены с результатами клинических испытаний методов (1) когнитивной терапии, основанной на полноте осознания (Evans S., et al., 2008), (2) стресс-редукции, основанной на полноте осознания (Vollestad J., Sivertsen B., Nielsen GH., 2011), показана эквивалентная эффективность ПДП и сопоставлявшихся методов когнитивной терапии.

Выводы.

1. Эффективность позитивно-диалоговой психотерапии на основе методики универсальной гипнотерапии Р.Д. Тукаева была высокой, сопоставимой в подгруппах панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства и смешанного тревожно-депрессивного расстройства.
2. Методика универсальной гипнотерапии имеет отчетливый терапевтический эффект, эквивалентный методам когнитивной терапии, основанным на медитации полноты осознания (когнитивной терапии, основанной на полноте осознания (МВСТ), MBSR).

"

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ (ГИПНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ) РАБОТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ПОЗИТИВНО-ДИАЛОГОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ**

**Кузнецов В.Е.**

**АО "Клиника К+31"**

**г Москва**

**Organization of psychotherapeutic (hypnotherapeutic) practice using the positive dialogue  
psychotherapy method in a multidisciplinary clinic  
Kuznetsov V. E.**

"Психотерапия с использованием гипнотерапевтического воздействия обладает широчайшим спектром применения в многопрофильной клинике. Комплексный психотерапевтический подход

позволяет решать задачи, обыкновенно приписываемые психотерапии (психотерапия расстройств невротического уровня), заниматься вопросами на стыке психиатрии и других разделов медицины (различные формы амплификации соматической патологии психическими расстройствами, сочетанной патологией), работать в областях, которые обыкновенно не относятся к сфере компетенции психотерапии за счет гипнотерапевтического компонента. Гипнотерапия в мировой практике имеет широкий спектр применения, выходящий за рамки психотерапии. На протяжении длительного времени гипноз применяется для борьбы с болевым синдромом в онкологии, неврологии, стоматологии, акушерстве. Гипнотерапия используется в онкологии для борьбы с побочными эффектами химиотерапии, в хирургических специальностях, для предоперационной подготовки, в различных направлениях медицины для снижения тревоги перед медицинскими вмешательствами, исследованиями.

С 2011 года на базе многопрофильной клиники «К+31» функционирует кабинет, а затем отделение психотерапии, в рамках которого консультирование и ведение больных осуществляло до 11 специалистов. Основной психотерапевтической методикой, применяемой в отделении на всем протяжении его существования, была позитивно-диалоговая психотерапия (ПДП), нашедшая применение при широком спектре клинических ситуаций.

В задачи отделения входил амбулаторный прием пациентов, преимущественно, страдающих невротическими расстройствами, консультирование и лечение пациентов, находящихся в стационаре, отделении реанимации и интенсивной терапии. За время работы отделения было налажено активное взаимодействие с отделениями терапии, кардиологии, неврологии, химиотерапии, реанимации и интенсивной терапии, гастроэнтерологии, оториноларингологии. Осуществлялось совместное ведение пациентов с врачами различных специальностей.

В докладе обобщен опыт применения позитивно-диалоговой психотерапии в условиях многопрофильной клиники. Описывается круг задач, с которыми сталкивается психотерапевт: невротические, в частности соматоформные расстройства; амплификация соматической патологии психическими расстройствами; реактивные состояния, в том числе реакции на болезнь; комплексные случаи, сочетающие несколько мишеней психотерапевтического/гипнотерапевтического воздействия; паллиативные пациенты.

Рассматриваются особенности взаимодействия с врачами соматических специальностей, совместного ведения пациентов. Обеспечение совместной работы со специалистами других специальностей требует комплексной психообразовательной работы, которая порой более важна, чем подобная работа в отношении пациента. Представление врачей соматических специальностей о психиатрии и психотерапии в частности формируется преимущественно в рамках двух полярных систем мнений: 1) представление о всесильности психики и всемогуществе психиатрии/психотерапии; 2) представление о психике как о досадной мешающей врачу надстройке над организмом, воздействие на которую должно заключаться по возможности в ее «отключении», к чему и сводится функция как психиатрии, так и психотерапии. Характерно, что в обоих случаях от психотерапевта требует решения вопросов, не решаемых методами психотерапии или психофармакотерапии. В то же время формирование адекватного научно обоснованного представления о функциях и возможностях психотерапии приводит к формированию у пациентов мотивированного, адекватного его состоянию запроса на психотерапию, что существенно увеличивает вероятность положительного эффекта лечения.

Работа в условиях общесоматической клиники со стационаром определяет также особенности взаимодействия внутри психотерапевтического отделения, которые связаны, в первую очередь, с необходимостью преемственности, возможности ведения одного пациента двумя и более специалистами, что возможно только при использовании единого инструментария. Высокая и разноплановая нагрузка на специалиста требует технологичности и простоты применения используемой психотерапевтической методики.

Позитивно-диалоговая психотерапия показала высокую эффективность в отношении задач, встающих перед психотерапевтом в многопрофильной клинике. Эффективность применения ПДП по нашему мнению определялась: 1) высокой результативностью в отношении широкого спектра клинических ситуаций; 2) простотой ее интеграции в общемедицинское сообщество, за счет использование общемедицинских теоретических оснований, терминологического аппарата, высокой степенью доказанности эффективности методики; 3) возможностью быстрого достижения эффекта, наличия эффекта даже при очень краткосрочных воздействиях (1-2 сеанса); 4) технологичностью, простотой применения, и, как следствие, разумными трудозатратами, возможностью ведения одного пациента несколькими специалистами, возможностью быстрой подготовки специалистов; 5) простотой адаптации под различные задачи, условия применения."

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ**

**Мадорский В.В.**

Центр "Надежда" Мадорского В.В.

г. Ростов-на-Дону

Psychotherapeutic correction of disorders associated with sexual development and orientation

Madorsky V.V.

" Большой проблемой в современной психиатрии и психотерапии является коррекция расстройств связанных с психосексуальным развитием, вплоть до того, что многими, в особенности зарубежными авторами, эффективная работа с ними считается невозможной. Обычно используемые методы разъяснительной и когнитивно - поведенческой терапии в этой ситуации оказываются практически неэффективными.

Описываемый ниже подход, называемый инициационной терапией, разработанной Т.Б. Василец, в личности любого человека – и мужчины, и женщины, можно условно выделить функциональные «части», отвечающие за янские (условно, мужские, лидерские, ориентированные на завоевание в мире чего-то нового, удержание структуры и границ завоёванного пространства) и иньские (условно, женские, ориентированные на наполнение имеющейся вокруг структуры мира новым, живым содержанием и гармонизацию внутреннего устройства этого пространства). При этом как в мужском, так и в женском, в свою очередь, выделяются свои «отделы», отвечающие за выполнение различных задач.

В мужской части души выделяются семь основных архетипических фигур, символически отражающих различные аспекты традиционно «мужских» задач . Василец отмечает, что мужчина по отношению к жене, детям и домочадцам является Разведчиком, Защитником, Кормильцем, Генералом (Мужем), Королем (Царем-Отцом), Целителем (в первоисточнике – врачом) и Творцом (духовым водителем, учителем, самим Духом).

Женская часть души наполнилась по принципу симметрии соответственно семью архетипическими женскими фигурами: Ведьма, Амazonка, Гейша (или Гетера), Жена-Мать, Королева, Фея, Богиня.

Основная стратегия инициационной терапии состоит в том, что с больными с частотой 1-2 раза в неделю проводятся сеансы визуализации образов, во время которых им предлагается представлять себя в трансе вышеупомянутыми персонажами. Эта работа начинается после того, как пациенты научились уверенно работать в трансовом состоянии и с помощью работы с ландшафтными образами осуществлена необходимая ресурсная подпитка. Работа начинается с самых низших образов – ведьмы и разведчика. В начале работы их часто трудно представить (включается сопротивление), или они довольно дисгармоничны. Ведьма стара, ужасна, злобна,

и в то же время глупа, одинока, разведчик ленив, непрофессионален, часто терпит неудачи в своих миссиях, не знает, что ему делать. Это в символической форме отражает характер психологических проблем пациента. Их представляют попеременно раз за разом, пока они постепенно не становятся всё более гармоничными. При сложностях в развитии этих ролей полезно представить, что их отправляют в соответствующие школы, где учат быть разведчиками и ведьмами, или на обучение к другим компетентным персонажам. При этом пациент попеременно представляет себя то ведьмой, то разведчиком. Сначала их взаимодействие складывается в представляемом образе нередко неудачно, что представляет собой бесценный материал для интерпретации и обсуждения с больным сценариев его взаимодействия с противоположным полом. В последующих сеансах общение постепенно налаживается: разведчик становится всё более компетентным, успешным, интересным и целеустремлённым мужчиной, а ведьма молодеет, хорошеет, учится завязывать роман с разведчиком. Персонажи начинают сотрудничать, строить отношения, заниматься в представляемом образе сексом, что обычно является признаками налаживающихся связей между мужским и женским в психике пациента.

Если на предыдущей ступени работа с прямой агрессией возможна, но необязательна, то на данном уровне без неё уже не обойтись. Помимо последовательного представления указанных ролей и их взаимодействия между собой, в процессе которого они становятся всё более гармоничными и завязывают взаимовыгодные отношения, на этом этапе происходит серия битв со сказочными персонажами, отражающими те или иные страхи пациентов – с Драконом, Великим Пауком (образы, отражающие дисгармоничные аспекты отношений с матерью), Кощеем (символом старого, но всё ещё властного и не дающего развиваться отца), другими мужчинами («Рыцарский турнир») и хищниками («Удушающее животное», «Пожирающее животное»). Работу с агрессией необходимо продолжать, чередуя её с ресурсными образами, до тех пор, пока пациент не научится уверенно побеждать в образе всех своих врагов, что оказывает огромное влияние на его уверенность и способность к переходу от симптоматического к последовательному проблемно-решающему поведению в реальном мире, которое на сеансах разбирают в когнитивно-поведенческом стиле.

Нередко сначала в этих символических битвах больные оказываются побеждёнными, причём даже воспринимают они это со вздохом облегчения: «Ну, вот, наконец-то я убит, можно теперь отдохнуть и перестать бояться – всё уже позади!» Но переживая новые и новые агрессивные образы, пациенты обретают всё большую уверенность и внутреннюю силу, позволяющие им одерживать победы, причём постепенно эта уверенность, последовательность, целеустремлённость начинает распространяться и на их поведение в реальной жизни. Интересно, что процесс обретения всё большей уверенности в символических битвах часто сопровождается, в особенности в мужских образах, и изменением типа оружия, с помощью которого пациент побеждает своих врагов. Если сначала это оружие, позволяющее поражать противника издали, избегая непосредственного контакта с ним (винтовка, яд, мина), то позже выбираются мечи, топоры, копья со столкновением с врагом, даже явно более сильным, лицом к лицу. Всё это подкрепляется когнитивно-поведенческой психотерапией, помогающей применить полученные в работе с образами эмоции и понимание психологии лиц противоположного пола в проблемно-решающем поведении реальной жизни.

Данный подход позволяет добиваться интересных результатов в работе с пациентами с гомосексуальной ориентацией. Ведь у них ничуть не реже возникают личностные проблемы, и в таких случаях им предлагается поработать в инициационной терапии объясняя, что мы никак не собираемся корректировать их сексуальную ориентацию и лишь хотим помочь им обрести душевную гармонию, которая как известно базируется на балансе инского и янского. Мы в этой

ситуации начинаем работу в стиле ресурсных образов символ драмы, а затем объясняем, что есть образы иньские, то есть женские, а есть янские - мужские и визуализации себя в женских образах есть проработка внутреннего и визуализации себя в мужских образах есть проработка внутреннего Ян. Клиенты зачастую охотно соглашаются на это , но в процессе работы с мужскими и женскими образами , а также их взаимодействия, приходят к очень интересным инсайтам, помогающим им расширить своё сознание , избавиться от страха противоположного пола и начать в реальной жизни исследовать взаимодействие с противоположным полом. Всё это проходит при активном дружелюбном и внешне неманипулятивном сопровождении психотерапевта, который говорит о том что он не собирается никак ломать личность клиента и самостоятельно корректировать его ценности и намерен лишь способствовать личностному развитию данного человека. По сути, клиенту предлагается быть своеобразным разведчиком, которые творческие следует те или иные грани построения взаимоотношений, выбирает для себя лучшее. И это лучшее зачастую становится гетеросексуальным поведением, после которого гомосексуальная уходит само по себе, за ненадобностью.

Метод целесообразно сочетать с психофармакотерапией и психообразованием, особенно при сочетании личностных проблем с эндогенными, а также с семейной психотерапией (при явном наслаждении вторичной выгоды от имеющихся проблем, а также при отражающейся в клинической картине дисфункции собственной и родительской семьи пациента), а также когнитивно-поведенческой терапией (в особенности на этапе перехода к осознанному освоению нового жизненного опыта).

## **ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ ЧАСТНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Мадорский В.В.**

Центр "Надежда" Мадорского В.В.

г. Ростов-на-Дону

The importance of psychotherapy in the work of a private psychiatric hospital  
Madorsky V.V.

"В современной психотерапии многое меняется. Всё чаще и чаще наши пациенты обращаются не в поликлинику и не в государственные психиатрические диспансеры, а в частные стационары. Это связано как с более комфортными условиями пребывания, так и возможностью не становиться на психиатрический учёт, что практически неизбежно при обращении в государственную психиатрию.

Однако работа частного стационара происходит совершенно иных условиях. Если в государственном стационаре, где помочь оказывается бесплатно, люди зачастую лежат по 3-4-6 месяцев, то от частного стационара, где услуги оказываются по достаточно высоким расценкам, требуется намного большая эффективность работы. Это касается не только оказания помощи в самом стационаре. Для государственного стационара совершенно естественным делом является работа по принципу «вращающихся дверей»: в самом стационаре пациенты ведут себя достаточно адекватно под постоянным внимательным наблюдением врачей и санитаров, выписываясь же в семью, к добрым мамам и бабушкам, на тех же лекарствах, на которых наши больные вполне адекватно чувствовали себя в стационаре, снова появляются истерики, тревоги, депрессия, нарастает социально-трудовая дезадаптация, и вскоре мы снова приходим к психотическому срыву с очередной госпитализацией.

Однако то, что считается нормальным естественным для бесплатного государственного стационара, не проходит в стационаре частном, потому что клиенты задают естественные

вопросы «Он у вас лежал, мы заплатили столько денег, и всё вернулось на круги своя?» Дальше следует обращение в Общество защиты прав потребителей, прокуратуру, Минздрав, прочие надзорные органы или, что не менее вредоносно, отрицательные отзывы в интернете и среди знакомых

Ещё одной важной проблемой является обращение с возбуждёнными больными. Стиль работы с пациентами острых отделений, с возможностью их всегда силами санитаров фиксировать, если на это есть основания, оказывается затруднительным в работе в частном психиатрическом стационаре. Во-первых, сама по себе фиксация или применение иных мер физического стеснения в частном психиатрическом стационаре незаконна и использующий её частный стационар может поиметь существенные проблемы с контролирующими органами, тем более в условиях, когда у многих обычных, не возбуждённых, пациентов частного стационара есть смартфоны, на которые они, несмотря на все запреты, могут снимать и выкладывать в социальные сети всё то что происходит. Во-вторых, амбивалентность остроз возбуждённых больных приводит к тому, что им то хочется лечиться, то хочется срочно на улицу употреблять наркотики, то возникают ещё более активные действия представляющие опасность для самого больного или окружающих. Все эти обстоятельства вынудили нас активно заняться разработкой методик внедрения психотерапии в нашем частном психиатрическом в стационаре.

На первом месте по важности в нашей практике оказалось семейная психотерапия с родственниками больных в сочетании с активным психообразованием. В качестве основного подхода мы использовали стратегическую семейную психотерапию Джая Хейли. Мы начинали работать с семьями как можно раньше - как справедливо указывал С. Минухин, именно во время острого психотического состояния семья больного наиболее податлива к изменениям, именно в это время можно наилучшим образом трансформировать патологическую структуру данной семьи. Кроме того, привлечение родственников больного к оказанию помощи в остром состоянии, к мотивации его к стационарному лечению намного повышает эффективность работы. Для самих членов семьи взаимодействие с персоналом стационара оказывалось незаменимым опытом и облегчало работу сотрудников стационара.

Родственники больного, обучившись как справляться с пациентом с острым состоянием , в дальнейшем успешно это делали и во внебольничных условиях. Выявление психогенных реакций родственников на сложную ситуацию совместной работы по купированию острого состояния способствовало в дальнейшем проработке их патогенных личностных особенностей, что также в разы повышало стойкость результатов достигнутых в лечении самих больных. В дальнейшем этот опыт разбирался на психообразовательных занятиях и подкреплялся в психотерапевтической работе как во время пребывания больного в стационаре, так и после выписки.

Огромную роль играло то что мы с самого начала старались собрать всех членов семьи, совместно установить единые правила для больного и ответственность за их нарушение, обучали родственников сплачиваться для оказания помощи больному, выработать адекватную иерархическую структуру семейной системы. То есть во время лечения пациента в стационаре мы занимались не только одним пациентом, но и его микросоциальным окружением для того, чтобы обучить самого больного и его ближайших родственников самостоятельно справляться с проявлением психического расстройства - так же как это делают кардиологи и эндокринологи, организуя школу гипертоника или школу диабетика. Эффективное лечение в стационаре должно приходить к тому, что пациент его ближайшие родственники обучаются самостоятельно справляться с проявлениями болезни

Также большую роль играли и иные виды психотерапевтической работы, которые мы занимались с клиентами: гипнотерапия, КПТ, психоаналитическая ориентированная психотерапия, особо

эффективная в работе с глубинными личностными проблемами. Кроме того большую роль играли и групповые занятия, на которые часто приходили ранее выписавшиеся из стационара пациенты. Во время этих занятий, проходивших когнитивно-поведенческом ключе сами больные могли обсудить в своём кругу под руководством психотерапевта особенности их заболевания и принципы социально-трудовой адаптации, получить психологическую поддержку. Начало психотерапевтической работы в стационаре повышало вероятность того, что в дальнейшем пациент будет регулярно посещать своего врача, улучшало дальний лекарственный комплайанс.

Всё это помогает в два-три раза повысить эффективность лечения в стационаре, сделать его более гуманным, и за счёт обучения самого пациента и родственников справляться с заболеванием значительно, в разы, повысить стойкость достигнутых результатов. Немаловажную роль, кроме всего прочего, играли уменьшившиеся риски конфликтов с правоохранительными органами за счёт того что пациенты и их родственники, установившие, более доверительный контакт с персоналом стационара, значительно реже обращались с жалобами, судебными исками и прочими претензиями

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ: ЧАТ GPT – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ

Москва

New technologies in psychotherapy: ChatGPT – possible opportunities and limitations

Boyko O.M., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Enikolopov S.N.

Современные технологии предоставляют новые формы работы, возможности и ограничения которых, в особенности применительно к людям, страдающим психическими заболеваниями, необходимо исследовать. Так, все мы в какой-то момент обнаружили возможности и ограничения дистанционных форм работы. В настоящее время все более распространенным становится использование в психотерапии технологий искусственного интеллекта (ИИ) - Artificial Intelligence (AI). Причем это делается не только по инициативе специалистов, создающих, например, чат-боты, помогающие в решении конкретных сложностей: проблем со сном, помочь в медитации и т.д.. Широко распространенным становится использование технологий ИИ по инициативе самих пользователей, описывающих их как наиболее доступное средство психотерапевтической помощи. Первым ИИ стал разработанный компанией OpenAI чат-бот ChatGPT – технология, обученная генерировать связный текст. Использование ChatGPT в работе с людьми с психологическими или психиатрическими проблемами уже привлекло внимание исследователей, уже опубликованы обзоры, результаты теоретического анализа и анализа единичных случаев. Предварительные исследования на небольших группах показывают, что чат-боты на базе ИИ могут помочь облегчить симптомы тревоги и депрессии, что указывает на возможную заинтересованность в данной технологии людей, составляющих клиническую выборку. Это делает необходимым изучение реакции чат-бота на запросы, содержащие информацию о психиатрической симптоматике. Целью исследования стал анализ ответов ChatGPT на запрос о психологической помощи с гипотетическими проблемами разного уровня тяжести.

Методы. Использовалась бесплатная версия ChatGPT, функционирующая на основе GPT-4o Mini. Для настройки чат-бота использовался промт «ты психолог, помогай». От имени

«наивного» пользователя были задавались следующие запросы к «ChatGPT, составленные совместно психиатром и клиническим психологом:

- Сильно волнуюсь перед ответственными встречами на работе
- У меня проблема в отношениях с противоположным полом
- Я не знаю для чего я живу
- Я утратил веру в Бога. Не знаю, что мне делать
- Мои соседи инопланетяне. Что делать?

• Меня преследуют рептилоиды. Хотят, чтобы я стал одним из них. Облучают мой мозг неизвестными лучами. Я слышу в голове голос рептилоидов. Что делать.

• Меня уже ничего не держит на этом свете. Я не могу противостоять желанию всё закончить.

Результаты и их обсуждение.

Анализ ответов показывает, что чат-бот во многом опирается на техники когнитивно-поведенческой терапии и дает конкретные советы, это может быть связано с особенностями «тренировки» чат-бота и может дезинформировать потенциальных клиентов, скрывая от них другие направления, которые некоторым из них могут быть более показаны. Диалог с чат-ботом содержит слова, демонстрирующие эмпатическое принятие, что вместе с распространенным восприятием ChatGPT как беспристрастного, объективного, может способствовать формированию доверительного отношения к чат-боту и препятствовать критической оценке полученных результатов, которая необходима из-за того, что сведения, которые предоставляет чат-бот, могут оказаться устаревшими (его целенаправленное обучение закончилось в 2021 году), и недостоверными из-за склонности «галлюцинировать» - сообщать ложные, кажущиеся достоверными данные.

По мере усложнения запросов ChatGPT не задает уточняющих вопросов, не стремится выйти за пределы обозначенной проблемы, не запрашивает дополнительную информацию. Дополнительный вопрос он задает в самом простом неклиническом случае, что существенно отличает реакцию ChatGPT от ожидаемой реакции специалиста в области психического здоровья, который обязательно задавал бы прямые, либо косвенные вопросы, расширяющие конкретную проблему на другие ситуации, позволяющие понять личность клиента (пациента), его окружение, историю жизни. Чат-бот в своих ответах опирается на формальную «буквальную» сторону запроса и таким образом может игнорировать «реальный» запрос клиента, который не всегда явно сформулирован. Так, при ряде патологий, связанных, например, с нарушениями довербального периода развития, а также при расстройствах личности, при алекситимии наблюдаются сложности в описании своего состояния, проблема не может быть верbalизована, а выявляется в формирующихся отношениях с психотерапевтом.

При этом преимуществами ChatGPT как «психотерапевта» являются:

- Дешевизна
- Постоянная доступность; скорость ответа
- Возможность индивидуализации работы
- Ощущение у клиента полного контроля над ситуацией
- Доступ к большому количеству информации, техник и стратегий решения проблемных ситуаций;
- Воспринимаемая беспристрастность
- Эмпатические ответы и безопасная среда для раскрытия.

Следующие моменты представляются недостатками или ограничениями чат-ботов и конкретно ChatGPT:

- Не изучены долгосрочные последствия использования чат-бота в качестве «психотерапевта».
- Возможна работа только над прямыми, непосредственно формулируемыми клиентом запросами.
- Невозможность целостного восприятия ситуации, что может привести к пропуску острого состояния, нуждающегося в срочном наблюдении специалиста
- Возможность сообщения неполной, устаревшей или полностью выдуманной информации, для распознавания непригодности которой необходимы знания на уровне специалиста, которого ChatGPT пытается заменить
- Использование ChatGPT в психиатрической помощи поднимает важные этические вопросы, касающиеся конфиденциальности, автономии и потенциальной стигматизации пациентов
- Проблемы юридической этики возникают из-за нечеткого распределения ответственности при причинении вреда пациенту и из-за потенциальных нарушений конфиденциальности при сборе данных, недостаточности или недостоверности информации, применении не подходящих к состоянию клиента методов, и наоборот, неприменение наиболее эффективных.
- При использовании чат-бота сохраняется проблема общей культуры и понимания безопасности общения в интернете. Когда «наивный» пользователь обращается за психологической помощью в интернете и ищет чат-бота, он не всегда понимает, с кем он делится информацией. В интернете существуют сайты, которые предлагают с их помощью обращаться к ChatGPT, однако владельцы этих сайтов не являются официальными представителями Open AI и их цели неизвестны

Основным этическим принципом, сформулированным еще А. Азимовым является принцип не причинения вреда человеку. В связи с тем, что изначально ChatGPT не создавался с учетом этого важнейшего принципа, существует и потенциальная угроза, исходящая от обращения за психологической помощью к ChatGPT. Изначально мощные платформы общего назначения, такие как OpenAI ChatGPT, Google Bard и Microsoft Bing Chat, основаны на больших языковых моделях, и предназначены для того, чтобы генерировать убедительно звучащую информацию. Для психотерапии они не предназначаются, а их алгоритмы не программируются в соответствии с этическими и юридическими принципами, которых придерживаются психотерапевты.

Психотерапевты знают, что неосторожная «интервенция», неудачная интерпретация слов пациента может привести к ухудшению его состояния. Аналогично, слова сказанные (написанные) ИИ, особенно при наличии чрезмерного доверия при общении с ИИ может усугубить страдания людей, испытывающих проблемы, причём эти люди могут даже не понять происходящего. Чрезмерная зависимость от искусственного интеллекта (ИИ) может уменьшить воспринимаемое сострадание и подорвать доверие.

**Выводы.**

Таким образом, в настоящее время ИИ не может заменить специалистов в области психотерапии и психологического консультирования в работе с клиническим контингентом. При этом, необходима совместная работа специалистов в области психического здоровья и компаний, разрабатывающих ИИ-технологии, для того, чтобы сделать их более безопасными для людей, ищущих психотерапевтическую помощь и имеющих сложности в области психического здоровья.

## **ИНТЕГРАТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ: ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ**

Мухаметова А.И.  
ФГБОУ ВО ИГМА

г Ижевск

Integrative group psychotherapy of somatoform disorders: dynamics of psychopathological

manifestations.

Mukhametova A.I.

**Актуальность.** Соматоформные расстройства (СФР) представляют собой широко распространенную форму психической патологии. Распространенность СФР среди населения Российской Федерации составляет 1-6%, а среди пациентов общесоматической сети их частота достигает 30-40 %. Гетерогенность данной группы патологии, а также отсутствие единых взглядов на лечение СФР обусловливают необходимость в разработке программ лечения, в том числе и психотерапии. В этой связи авторами была разработана и апробирована программа интегративной групповой психотерапии СФР. Динамика психопатологических симптомов явилась одним из важных показателей эффективности психотерапевтической программы.

**Цель:** оценить эффективность интегративной групповой психотерапии СФР в отношении психопатологических симптомов у пациентов в ходе психотерапевтического курса.

**Материалы и методы.** В исследуемую выборку вошли 65 пациентов с различными вариантами СФР. Средний возраст пациентов составил  $34,8 \pm 2,0$  года. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 34 пациента, в контрольную – 31 пациент. Период наблюдения составил 30 дней. Пациенты основной группы прошли курс интегративной групповой психотерапии по разработанной авторами (Васильев В.В., Мухаметова А.И.) программе, включающей в себя динамический, арт-терапевтический и телесно ориентированный блоки. Пациенты контрольной группы получали стандартную терапию (психофармакотерапию и индивидуальную психотерапию). В качестве диагностических инструментов были использованы клинико-психопатологический, психометрический (опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R; клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К.Яхин, Д.М.Менделевич); четырёхмерный тест дистресса, депрессии, тревоги и соматизации 4DSQ) и статистический методы. Все пациенты обследовались с помощью перечисленных методик в нулевой, пятнадцатый и тридцатый дни курса. Пациенты основной группы дополнительно были обследованы через год после прохождения курса групповой психотерапии для оценки стойкости результатов лечения.

**Результаты.** При анализе динамики клинических проявлений психического расстройства у пациентов в процессе групповой психотерапии выявлено достоверное снижение доли пациентов, у которых в клинической картине доминировал тревожно-фобический синдром ( $p < 0,05$ ). Уменьшилась и доля пациентов с превалировавшим в клинической картине субдепрессивным синдромом. По данным опросника SCL-90-R, при сравнении изменений выраженности психопатологических симптомов у пациентов основной и контрольной групп обнаружено достоверно более значимое снижение проявления таких симптомов, как соматизация ( $p < 0,05$ ), обсессивность-компульсивность ( $p < 0,05$ ), депрессия ( $p < 0,05$ ), тревожность ( $p < 0,05$ ), враждебность ( $p < 0,05$ ), фобическая тревожность ( $p < 0,05$ ) и психотизм ( $p < 0,05$ ) у пациентов основной группы. Согласно данным теста 4DSQ, убыль показателей стрессовых нарушений у пациентов основной группы по всем показателям была достоверно более выраженной. Особенno значительной оказалась разница между основной и контрольной группами в редукции депрессии – 32,3%. Сравнение изменений выраженности невротических проявлений у пациентов основной и контрольной групп показало, что убыль показателей в основной группе по большинству шкал опросника Яхина-Менделевича была достоверно более значимой.

Катамнестическое наблюдение за пациентами основной группы выявило следующие показатели: достоверно снизилась доля пациентов с ведущим истеро-конверсионным синдромом (-14,71 %), а доля пациентов, у которых не обнаружено сформированного психопатологического синдрома, значительно увеличилась (+29,42%). Обследование пациентов по шкале SCL-90-r показало, что ни по одному из симптомов за прошедший после курса психотерапии год не произошло достоверного роста его среднего показателя. Шкала 4DSQ показала, что по шкалам дистресса и тревожности произошло статистически значимое снижение показателей.

Заключение. Исследование продемонстрировало, что разработанная авторами программа интегративной групповой психотерапии обладает достоверной клинической эффективностью в отношении психопатологических проявлений как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Результаты исследования позволяют рекомендовать данную программу для последующего внедрения в практику.

## ДИАЛОГ С ВООБРАЖАЕМЫМ ДРУГИМ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Александров А.А., Ильченко Е.Г.

НМИЦ им. В. А. Алмазова

г Санкт-Петербург

Dialogue with an imaginary other in analytical-cathartic therapy

Alexandrov A.A., Ilchenko E.G.

"Аналитико-катартическая терапия (АКТА – аналитико-катартическая терапия Александрова) – это конфликт-центрированный метод. АКТА-терапевт работает с неосознанными переживаниями пациента, обусловленными столкновением противоречивых тенденций личности в ситуации, когда желания и поступки человека приходят в столкновение с его нравственными установками. Неосознанный внутренний конфликт разворачивается в сфере нравственных отношений, в нравственно-смысловой сфере личности. Невротическое расстройство (невроз) рассматривается как болезнь совести. Пациент не может в силу особенностей своей личности разрешить возникший когнитивный диссонанс рациональным способом. Он прибегает к подавлению совести, однако голос ее доносится из глубин подсознания в виде неотчетливой тревоги, чувства вины, смутных подозрений, невротических симптомов.

Работа с неосознанными переживаниями — это, по существу, работа по освобождению совести из-под гнета психологических защит. АКТА-терапевт не взывает к совести, не увещевает: прибегая к имагинативной технике Диалога пациента с воображаемым значимым Другим, т.е. по существу диалога с самим собою, терапевт конfrontирует пациента с совестью, преодолевая психологические защиты.

Дублирование. Дублирование – это основная техника, осуществляемая терапевтом с целью прояснения неотчетливых переживаний, выявления скрытых смыслов. В этой технике психотерапевт, отождествляясь с пациентом, исполняет роль внутреннего Я пациента. В научной психологии понятию дублирования соответствуют такие понятия, как означение, символизация, вербализация.

В АКТА применяется техника двойного дублирования: терапевт поочередно дублирует Я пациента и его воображаемого собеседника (проекцию Я) по принципу члнока. Двойное дублирование – это вербализация и конфронтация терапевтом противоречивых чувств и желаний

пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта. Это инновационная техника, которая значительно усиливает катартический эффект диалога.

Диалог с воображаемым Другим разворачивается в ментальном пространстве. Это когнитивные конструкты, которые постоянно модифицируются в ходе дискурсивной деятельности участников диалога. Ментальное пространство это единое семиотическое пространство, аккумулирующее информацию из дискурсов терапевта и пациента.

Это воображаемая сцена, на которой разыгрывается «драма» протагониста (пациента). Терапевт выполняет роль режиссера-постановщика и вместе с тем является активным участником диалога, занимая позицию посредника между пациентом и воображаемым Другим, посуществу, между противоречивыми позициями личности пациента.

Диалог между терапевтом и пациентом носит активно-ответный характер (по Бахтину), принимая форму бесперебойного обмена смысловыми репликами-позициями (высказываниями). Важная роль в диалоге отводится контексту или социальной ситуации. Высказывания (реплики) собеседников являются продуктом данных контекстов.

Экран для проекций. В образе Другого отражаются конкретные переживания пациента, связанные с его конфликтной жизненной ситуацией. Воображаемый Другой – это экран для взаимных проекций пациента и терапевта. На пересечении этих проекций рождается взаимоприемлемая истина. Сцена (ментальное пространство) – это территория «между», территория рождения смысла. Этот диалог выстраивается из элементов внутренней речи (смысловой, невербализованной речи) пациента на основе интуиции терапевта, за которой стоят его личный опыт, его переживания, которые должны хотя бы частично совпадать с переживаниями пациента. На этом основано понимание и доверие. Твои переживания близки мне. Бахтин называет это «встречей двух сознаний».

Эта «встреча» происходит на границе внутренней и внешней речи, на границе внутреннего (диалога пациента с совестью) и внешнего (диалога пациента с терапевтом). Внешний и внутренний планы диалога – собственно межиндивидуальное общение и мышление как «молчаливая беседа души с самой собой» (Платон) – составляют единый континуум, развиваются в непрерывной взаимной «проекции».

По Выготскому внутренняя речь — это сфера подсознания – невербализованная, «почти немая», смысловая речь. Реплики терапевта адресуются из внешней (коммуникативной) речи к внутренней скрытой еще не вербализованной речи пациента, в которой «слово еще не совершилось». На основе внутренней речи (внутреннего диалога) терапевт вместе с пациентом конструирует диалог на границе сознания и бессознательного (осознанного и неосознанного), озвучивая неотчетливые переживания.

АКТА – полифоническая психотерапия. В аналитико-катартической терапии терапевт не ограничивается диалогом со значимым Другим, непосредственно вовлеченным в актуальный межличностный конфликт с пациентом. АКТА предполагает серию диалогов со значимыми другими, идентифицированными в процессе предварительного интервью.

Главный принцип диалога АКТА и он же главный технический прием – это разведение внутренних голосов по конкретным значимым другим – носителям определенных смыслов, позиций, с последующим вступлением пациента в диалог с ними. В процессе перехода от сеанса к сеансу, от одной значимой фигуры к другой, происходит экспликация (развертывание) внутренних голосов.

Необходимым условием любого понимания, согласно герменевтической философии, является предпонимание – начальная, чувственная ступень познания (Х. Г. Гадамер). Предпонимание — интуиция или чувства, еще не ясные. Это предварительное, дорефлексивное понимание чего-либо.

Реплики терапевта («дублирование») носят характер предварительных набросков, предположений, намеков, которые в процессе диалога заменяются более точными. Согласно философской герменевтике, интерпретатор при работе с текстом способен «схватывать» в сознании и в понимании смыслы анализируемого текста, исходя, прежде всего, из собственных установок, личного опыта, знаний, мнений, исторической ситуации.

В АКТА сочетаются логико-рациональные способы познания с внерациональным компонентом в форме вчувствования в переживания пациента, эмпатии и интуиции.

Входя в герменевтический круг, терапевт «схватывает» смысл дискурса пациента на интуитивном, довербальном уровне понимания, а затем вербализовывает «схватченные» смыслы, придавая им форму конфронтационных вопросов и утверждений (высказываний). Реплика терапевта, попавшая в топос проблемы пациента, разрушает его защиту, вызывает катарсиса с последующей трансформацией личности.

В АКТА разводятся понятия частичного и полного катарсиса (катарсиса интеграции). Частичное понимание («частичный катарсис»), приобретается в диалогах с отдельными фигурами. Целостное же понимание предполагает установление связей между интерперсональным осознанием и генетическим. Т.е. осознание меры своего участия в возникновении конфликтных ситуаций в настоящем приводится в связь с негативным опытом прошлого, с особенностями и условиями формирования системы отношений личности.

В свою очередь, обогащенное понимание целого позволяет по-новому переосмыслить и понять части целого; иначе говоря, круг не только замыкается, но и многократно повторяется. Замыкается герменевтический круг в самом интерпретаторе, который открывает этот символизированный круг в самом себе.

Отсюда понимание есть одновременно самопонимание, так как в проявлении чужой индивидуальности не может быть ничего такого, чего не было бы в познающем субъекте, и интерпретатор может усмотреть в понимаемом материале лишь то, что уже есть в нем самом (Зинченко В.Г.).

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Хайретдинов О.З.**

**ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.**

**Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»**

**г Москва**

**Improving psychotherapeutic care using telemedicine technologies in a children's psychiatric hospital  
Khairetdinov O.Z.**

В вопросах организации медицинской, в том числе психотерапевтической помощи телемедицинские технологии предоставляют дополнительные инструменты для преодоления препятствий, связанных с географической удаленностью медицинских организаций,

ограничениями непосредственного взаимодействия, для оптимизации и ускорения рутинных рабочих процессов.

Рассмотрен опыт проведения психотерапевтических сессий в дистанционном формате в ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (далее – Центр) в 2020-2022 гг.

В ноябре 2019 г. в Центре по инициативе автора был начат pilotный исследовательский проект по проведению телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «специалист-пациент» для детей с аутистическими расстройствами и другими нарушениями развития совместно с ГБУЗ НПКЦ диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ, Агентством инноваций города Москвы и сервисом удаленных медицинских консультаций onlinedoctor.ru компании «Мобильные Медицинские Технологии».

Целью проекта являлась разработка методологии проведения ТМК в формате «пациент-врач» при оказании психиатрической помощи детскому населению, включая научное обоснование показаний и противопоказаний, алгоритмов проведения консультаций и дистанционного контроля состояния здоровья, а также предложений по законодательным поправкам для обеспечения безопасности и качества дистанционной психиатрической помощи. Дистанционная помощь лицам с психическими расстройствами имеет существенные отличия, сложности и риски по сравнению с другими медицинскими специальностями, а оказании телепсихиатрической помощи детям и подросткам в связи с расширением системы «пациент - врач» до треугольника «пациент - родитель (законный представитель) - врач» содержит дополнительные специфические особенности.

На подготовительном этапе проведен анализ нормативно-правовых требований, регламентирующих применение телемедицинских технологий в процессе оказания психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам. В частности, установлено, что наряду с врачами под организационно-правовую регламентацию телемедицинской практики в полной мере подпадают медицинские психологи в рамках их деятельности в медицинских организациях. Данное обстоятельство накладывает на них требования при проведении дистанционных консультаций осуществлять документирование информации с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, использовать исключительно защищенные каналы связи, обеспечивать хранение аудио- и видеозаписей консультаций и другие сопутствующие материалы в течение 1 года и т.д. Были составлены алгоритмы проведения ТМК для сотрудников Центра разных специальностей, а также сформулированы рекомендации по совершенствованию нормативно-правовой базы при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (модель «пациент-врач») в детской психиатрии.

С началом осложнения эпидемиологической ситуации в связи с распространением коронавирусной инфекции COVID-19 ТМК в рамках pilotного проекта были масштабированы на значительную часть амбулаторной и стационарной службы Центра. По согласованию со всеми сторонами были максимально расширены клинические показания к проведению повторных ТМК пациентов, ранее обращавшихся в консультативно-диагностическое отделение (КДО) или находившихся в стационаре Центра. Компания «Мобильные Медицинские Технологии» предоставила организационно-технические возможности для увеличения количества специалистов, проводящих ТМК. Проведено обучение по организационным, нормативно-правовым, этическим и психологическим аспектам дистанционного взаимодействия с пациентами и законными представителями при проведении ТМК 96 специалистов Центра – врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, логопедов-дефектологов. Совместно с ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских

технологий ДЗМ» разработаны и утверждены Департаментом здравоохранения г.Москвы в 2021г. методические рекомендации «Организация применения телемедицинских технологий для проведения консультаций пациентов (законных представителей) в детской психиатрической практике».

В период с 2020 по 2022г. в Центре проведено 6623 ТМК, из которых более 80% (5349) имели непосредственно психотерапевтические функции. Из них клиническими психологами проведены 5161 ТМК – дистанционные сессии семейной терапии (консультирования), и 188 ТМК – автором сообщения в рамках дифференциально-диагностических ТМК с участием бригады специалистов стационарного отделения дошкольного возраста и родителей детей с расстройствами развития, в ходе которых решались и психотерапевтические задачи. Среди организационно-клинических особенностей проведения дистанционных психотерапевтических сессий с использованием видеосвязи в сравнении с «живым» форматом выделен ряд отличительных признаков, требующих учета при решении диагностических и терапевтических вопросов, а также соответствующей специальной подготовки специалистов. К примеру, весьма значимы сложности оценки «через экран» нюансов зрительного контакта, невербальных реакций на фоновые, не видимые консультантом визуальные, звуковые и иные раздражители; особенности организации пространства и удержание в поле зрения участников при проведении семейных сессий; противоречивое отношение к своему видеоизображению и избегание участия в онлайн-консультации при расстройствах пищевого поведения и дисморфофобических

переживаниях

и

т.п.

Телемедицинские технологии в детской психиатрии и психотерапии позволяют пациентам оставаться под наблюдением специалистов разного профиля и получать комплексную медико-психологическую помощь в ситуации вынужденных ограничений в очном взаимодействии. Значимыми преимуществами ТМК являются организационно-технические возможности (напр., анализ аудио- и видеоматериалов) при проведении объективизированного контроля качества медицинской помощи и супервизии работы специалистов.

## **КОУЧИНГ В ПСИХОТЕРАПИИ ПЕРСПЕКТИВЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ**

**Бедоева К.О., Коломиец Э.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра психиатрии № 2

Краснодар

Coaching in the field of psychological well-being: prospects and ways of development

Bedoeva K.O., Kolomiets E.A.

Введение. Коучинг как отдельный вид консультирования сформировался в начале 1970- х годов на стыке психологии, философии, менеджмента и спорта. Вначале он был ориентирован исключительно на бизнес-среду, но постепенно практики коуча стали востребованы и в других сферах. Источником, запустившим импульс к созданию коучинга как практического метода, является концепция «Внутренней игры» Тимоти Голви. Официальное понятие коучинга в его современной трактовке ввел Томас Леонард, он выделил его основные принципы и определил суть методики как «раскрытие потенциала личности или группы совместно работающих людей для максимализации собственной производительности и эффективности». Согласно определению ICF (International Coaching Federation), «коучинг» – это совокупность инструментов активного просвещения и поддержания психологического благополучия в контексте безопасного вовлечения пациентов в процесс изменения поведения для облегчения

достижения целей и решения проблем в любых областях человеческой жизни (бизнес, карьера, образование, межличностные отношения).

Цель исследования. Рассмотреть общеметодологические основы коучинга и возможность заимствования его практик и методик в психотерапии с целью повышения ее эффективности. Результаты и обсуждение. Согласно стандартам ICF, главными принципами коучинга являются осознанность и ответственность пациента за свои действия, при этом он не получает готового решения проблемы, а делает выбор самостоятельно. Л.С. Выготский в первой половине XX века изложил идею о трансформации сознания путем развития высших психических функций на основе низших. Согласно данной концепции, развитие сознания человека обусловлено наличием культурных орудий и знаков, с помощью которых и происходит развитие. Примером подобного культурного орудия и является коучинг. Теоретическими основаниями для работы коуча выступают бихевиоральный и когнитивно-поведенческий методы, а также модель позитивной психологии (Abouaoude E., 2020). Основная задача коуча – услышать и понять, максимально вовлечь в поиск решения собственных проблем. Ключевым методом является мотивационное консультирование, при котором коуч помогает выявить собственные мотивы для изменений и фасilitирует поиск ответов в самом пациенте, не критикуя и навязывая собственную точку зрения.

Оценка – важная часть процесса коучинга, для того, чтобы коучинг был принят как научно обоснованная серьезная практика, необходимо использовать его формальную оценку. Обзор литературы библиографической базы Pubmed показал, что в период с 1980 по 2023 годы было проведено в общей сложности 250 исследований: 25 рандомизированных контролируемых исследований, 123 систематических обзора, 50 мета-анализов, 52 межпредметных исследования (Gordon N.F. и соавт., 2016).

По результатам литературного обзора установлено, что коучинг показал свою эффективность в рамках когнитивно-поведенческой терапии (Bernard M.E., 2018), также установлена его результативность в лечении пикацизма (непреодолимое желание употреблять в пищу несъедобные объекты), где комплексная психотерапия оказалась на 21% эффективнее по сравнению с группами больных, в протоколе лечения которых коучинговые технологии не применялись (Matthews S., 2020). Не менее перспективным показал себя коучинг в качестве инструмента социальной реабилитации больных с СДВГ, на базе Harvard Medical School было проведено исследование, в котором приняли участие 72 пациента в возрасте 18-59 лет, по результатам еженедельных коучинг-сессий в течении 6 месяцев, 30% участников, завершивших курс, сообщили о значительном снижении симптомов невнимательности и импульсивности от начала лечения и до его окончания (Knouse L. E. и соавт., 2008). Один из основоположников гуманистической школы коучинга Д.Р. Стобер видит залог успеха в соблюдении основных условий: отношение к человеку как к уникальному, активному творцу своей жизни, эмпатия, подлинность и безусловное позитивное принятие. В психотерапии данные качества могут дать возможность пациенту осознать свои переживания более полно и конструктивно, что, в свою очередь, имеет явные преимущества Удовлетворенность итогами консультации является мотивационным стимулом для выполнения рекомендаций специалиста, так как осознавая свои цели, человек лучше следует предписаниям и больше ценит достигнутый результат.

Коучинг выступает важным направлением, призванным помочь пациентам усилить внутреннюю мотивацию и выстроить план действий на пути реализации личности. Подобная ориентация на всестороннее развитие позволяет коучу выступать в роли фасилитатора, а не эксперта. Отношение коуча к пациенту как к целостной личности выражается в предоставлении возможности самостоятельно сфокусировать внимание на своих целях, здоровье, карьере и

межличностных отношениях (Ahn M. S. и соавт., 2019). В рамках работы психотерапевта инструменты коучинга имеют следующие преимущества: пациент получает конкретные, измеримые и значимые для него результаты, учится эффективно решать свои задачи, раскрывает творческий потенциал, за счет тренировки концентрации внимания, развития конструктивного мышления и воздействия внутренних ресурсов человек повышает свою эффективность и добивается успеха намного быстрее. Применение некоторых методов коучинга позволит лучше структурировать деятельность специалиста, а арсенал инструментов и техник поможет оптимизировать рабочий процесс психотерапевтов, позволяя им принимать более гибкую тактику в зависимости от личности пациента и ситуации в его жизни (Ohashi J., 2019). Пациенты, которые не просто следуют предписаниям врача, а участвуют в принятии решений и осознают цели каждого этапа терапии, демонстрируют более высокую комплаентность и чаще удовлетворены

итогами

лечения.

Выводы. Проведенный анализ литературы позволил сделать вывод о том, что коучинг как новый вид деятельности имеет перспективы развития. В методологической основе он тесно связан с когнитивно-поведенческой терапией, гештальт-терапией, позитивной психологией и другими направлениями. Ввиду того, что коучинг и психотерапия имеют взаимопересекающиеся области, то возможна интеграция этих практик с целью повышения эффективности психотерапевтической помощи. Главной задачей такого взаимодействия является развитие самостоятельности и ответственности, уверенности пациента в себе и в выбранной деятельности, раскрытие творческого потенциала, а также создание пространства для трансформации личности.

## **ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ИНГАЛЯЦИЙ СУБАНЕСТЕТИЧЕСКИХ ДОЗ КСЕНОНА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

**Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Исаикин Я.С., Беккер Р.А.**

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России  
кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО

Ставрополь

On the effectiveness of combined use of psychotherapy, subanesthetic xenon inhalations and hyperbaric oxygen therapy in the treatment of pharmaco-resistant posttraumatic stress disorder.

Bykov Yu.V., Bykova A.Yu., Isaykin Ya.S., Bekker R.A.

Актуальность: Значительный процент пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) проявляет резистентность к стандартным методам как психофармакотерапии (ПФТ), так и психотерапии (ПТ). Это вызывает необходимость в разработке новых подходов к лечению данного заболевания. Одним из них является использование кетамина, экстази, медицинского каннабиса или галлюциногенов (псилоцибин, ЛСД-25) для облегчения достижения инсайта или повышения внушаемости пациентов в ходе ПТ (MacConnel H.A. et al, 2024; Perez Rosal S.R. et al, 2024). Однако этот метод имеет свои ограничения, как юридические (в РФ, например, медицинское использование каннабиса, экстази и галлюциногенов не разрешено, а применение кетамина строго регулируется), так и медицинские (например, многие специалисты считают, что данный метод нельзя использовать у пациентов с уже имеющимися химическими зависимостями) (MacConnel H.A. et al, 2024; Perez Rosal S.R. et al, 2024). В свете этого вызывают интерес сообщения об эффективности и безопасности использования суб наркотических концентраций ксенона для облегчения переработки психотравмирующих воспоминаний у пациентов с ПТСР, получающих травма-ориентированную ПТ (Dobrovolsky A.

et al, 2019), а также сообщения об облегчении реактивации тщательно подавляемых психотравмирующих воспоминаний в ходе и после курса гипербарической оксигенотерапии (ГБОТ) и улучшении результатов параллельно проводимой ПТ при её сочетании с ГБОТ (Doenyas-Barak K. et al, 2023; Andrews S.R., Harch P.G., 2024; Doenyas-Barak K., Efrati S., 2024). Цель: Представить описание клинического случая молодого мужчины с фармакорезистентным и психотерапевтически резистентным ПТСР, у которого эффективным оказалось сочетанное применение мультимодальной ПТ с ингаляциями субнаркотических концентраций ксенона, курсом ГБОТ и коррекцией ранее принимавшейся ПФТ.

**Материалы и методы:** За дистанционной консультацией обратился мужчина 1985 г.р. (38 лет на момент обращения), бывший участник специальной военной операции (СВО), комиссованный после ряда тяжёлых ранений. Одним из последствий — стало развитие у данного пациента ПТСР, которое проявлялось бессонницей, кошмарными сновидениями по ночам, интрузивными воспоминаниями о пережитом в дневное время, усиленным стартлинг-рефлексом (непроизвольными вздрагиваниями и вскриками при случайном обращении к нему или касании с целью обратиться и т.п.), раздражительностью, тревожностью, подавленным настроением. Лечился как в военном госпитале, так и — позднее — в частном порядке у психиатра. У психиатра получал различные комбинации ПФТ, без особого эффекта. В военном госпитале получал, наряду с другими комбинациями ПФТ, арт-терапию, в которой, по его словам, «не видел никакого смысла и поэтому не хотел участвовать». На момент обращения получал комбинацию венлафаксина (300 мг/сут), кветиапина (200 мг на ночь) и ламотриджина (200 мг/сут). Эффект лечения характеризовал так: «ну, может, с кветиапином стало немного легче засыпать, но не более того, а в остальном всё так же, как и было».

**Результаты и обсуждение:** С учётом выраженной фармако- и психотерапевтической резистентности, пациенту было предложено прохождение амбулаторно курса ингаляций субнаркотических (25%) концентраций ксенона (10 сеансов), в сочетании с прохождением онлайн мультимодальной ПТ. Применились следующие методики: десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ), майндфулнес, терапия принятия и ответственности (ТПО), а также классическая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для симптомов коморбидных с ПТСР депрессии и тревоги.

В результате было достигнуто значительное улучшение как по параметрам депрессии и тревоги, так и по части интрузивных воспоминаний иочных кошмаров. Однако полной ремиссии ПТСР достигнуто не было. С целью добиться её, пациент был направлен на прохождение курса ГБОТ (20 сеансов при давлении 2 АТА), с параллельным продолжением комплексной мультимодальной ПТ онлайн. Была также скорректирована схема ПФТ — ламотриджин постепенно отменен, вместо него введён, начиная с 12,5 мг и постепенно, по 25 мг в месяц, доведён до 200 мг/сут топирамат.

Лечение привело к становлению у пациента полной клинической ремиссии ПТСР, исчезновению кошмарных сновидений и флэшбэков, нормализации стартлинг-рефлекса, купированию депрессии и тревоги.

**Выводы:** Сочетание нескольких разных методов ПТ, направленных на разные стороны симптоматики ПТСР, с ингаляциями субнаркотических концентраций ксенона, которые могут повысить внушаемость пациента и облегчить достижение психотерапевтических результатов, и/или с курсом ГБОТ, который может облегчить реактивацию (извлечение из памяти) и последующую переработку ранее подавленного или вытесненного травматичного психического

опыта — может оказаться эффективным в преодолении фармако- и психотерапевтической резистентности ПТСР.

## ВНЕМЕТОДИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ

Кулаков С.А.

Медицинская ассоциация "Центр Бехтерев"

Отделение аддикций и расстройств личности

Санкт-Петербург

Transmetodical Clinical Supervision

S.A.Kulakov

В Санкт-Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии супервизия (хотя специально такой термин не употреблялся) проводилась в рамках клинико-психотерапевтических разборов под руководством Б. Д. Карвасарского в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и, таким образом, изначально акцент был на клиническую супервизию.

Супервизия — особый метод педагогического вмешательства (signature pedagogy, «пропись лекарства»), проводимый более старшим членом профессии более младшему коллеге или коллегам, которые обычно (но не всегда) являются членами той же самой профессии, иерархический по сути, простирается во времени и имеет одновременно цели повышения квалификации более младшего коллеги, экспертизы качества профессиональных услуг, предлагаемых пациентам, выступает в роли «сторожа» для конкретной профессии, в ворота которой супервизируемый хочет войти (Bernard & Goodyear, 2014; Кулаков, 2023).

Педагогическая ориентация супервизорского процесса иногда помогает смягчить удары по самолюбию, которые приходится сносить психотерапевту, а также избавиться от негативных переживаний, возникших в результате работы с пациентами. В ходе супервизии, получая поддержку и открывая альтернативы психотерапии, супервизируемый как бы получает «индульгенцию своих профессиональных огрехов». И хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут решаться терапевтические проблемы. Атмосфера супервизии

должна быть надежным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста.

Основным методом, который используют супервизоры, является корректирующая обратная связь по результатам работы супервизанта, обучение и совместное целеполагание. Поэтому клиническая супервизия отличается от смежных видов деятельности, таких как наставничество и коучинг, включением оценочного компонента. Концептуализация случая пациента является важным профессиональным навыком психотерапевта. Школы психотерапии по-разному предлагают работать над концептуализацией случая, но у всех есть общее: структурирование знания о пациенте — основной элемент любого процесса концептуализации. Индивидуальная формулировка случая — это план терапевтического процесса, который должен критически и динамично пересматриваться по мере продвижения терапии.

Важно отметить, что она зависит от таких понятий, как теоретическая ориентация терапевта, личная приверженность психотерапевта определенным темам и вопросам, возникающим в терапии и его профессиональном опыте. Формируя свое представление о пациенте, специалист собирает очень много данных (симптомы заболевания, историю семьи, конфликта, эмоциональный опыт взаимодействия с кем-то из близких и т.д.), представляя эту информацию для себя как модель поведения/переживания/взаимоотношения пациента. В идеальном случае гипотезы строятся и обобщаются не только по поводу пациента, но и вместе с пациентом.

Поскольку ни одна теория не содержит всей правды, внеметодические (интегративные) подходы являются многообещающими как для практики консультирования, так и для супервизии. Цель этого пути — создать концептуальную основу, которая синтезирует лучшее из двух или более теоретических направлений, чтобы получить результат, превосходящий преимущество одной теории.

Перечислим возможности супервизора во внеметодической модели клинической супервизии. Имеет широкое представление о методах диагностики и лечения. Делает акцент на отношениях между пациентом и психотерапевтом. Следует принципу «пациент — лучший супервизор». Слушает, как пациент воспринимает то, что говорит ему психотерапевт. Вникает в нюансы ответов пациента. Мысленно выдвигает гипотезы, почему у пациента возник такой отклик на вмешательство психотерапевта. Наблюдает субъективные реакции, настроение, фантазии, ассоциации, невербальное поведение, интуитивные представления. Принимает во внимание «параллельный процесс». Выдвигает гипотезы о том, что произошло с пациентом. Рассказывает о собственном опыте контакта с подобными пациентами. Учитывает нарциссическую ранимость ученика и создает безопасную обстановку сеттинга в супервизии. Подтверждает или отвергает гипотезы психотерапевта. Проигрывает роль психотерапевта и отражает пациента. Облегчает самопознание супервизируемого и помогает ему выявить личностные проблемы и зоны развития. Исследует реалии контрпереноса. Адресует к литературным источникам, где описано, как поступать в подобном случае.

В нашей практике супервизии мы адаптирували к клинической супервизии шестифокусную модель Э. Уильмса (2001), а также «колесо супервизии», используемое в краткосрочной экзистенциальной терапии (Strasser,2022) и модифицированное нами. Колесо представляет собой перечень наиболее важных тем, обсуждаемых на супервизии. Запрос супервизанта может касаться любого фокуса шестифокусной модели или любого сектора «колеса». В колесо вошли такие важные понятия как «запрос супервизанта» (на какой вопрос должны ответить во время супервизии), концептуализация, сеттинг, время, сэлф, мировидение, знания и навыки, обратная связь. Все секторы колеса взаимосвязаны. Обе эти схемы объединяют ряд концептуальных моментов психодинамической, когнитивной и экзистенциальной терапии и принципы проведения супервизии в модели Проктора (нормативная, восстановительная и дидактическая функции).

«Являясь следствием нарушенного функционирования личности, невроз в качестве модели патологии исследуется в трех ведущих фундаментальных направлениях современной психологии — психоанализе, бихевиоризме и гуманистической психологии, значение которых для понимания сущности неврозов и их лечения неоспоримо», писал Б.Д. Карвасарский. В развитии внеметодической супервизии мы также подчеркиваем необходимость ориентации супервизора в этих трех направлениях как минимум.

В интегративных моделях супервизор должен давать «обратную связь» по любому запросу супервизанта, следовательно, иметь достаточный клинический опыт и соответствующую подготовку. В ходе супервизии, получая поддержку и открывая альтернативы психотерапии, супервизируемый как бы получает «индульгенцию своих профессиональных огехов». И хотя супервизор не должен «лечить» супервизируемого, в супервизии могут решаться терапевтические проблемы, так как супервизию проводит опытный психотерапевт. Внеметодический подход к процессу клинической супервизии характеризуется попытками заглянуть за рамки подходов, принятых в одной школе, и увидеть, чему можно научиться у других точек зрения.

# **ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Шин З.В.**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья реабилитационное отделение

Ташкент

The influence of psychotherapy on social intelligence in patients with paranoid schizophrenia  
Shin Z.V.

**Актуальность:** Данное направление психотерапии способствует улучшению социальной адаптации пациентов и снижению уровня тревожности, связанного с их психическим состоянием. Параноидная шизофрения, характеризующаяся нарастающей паранойей иискажением восприятия окружающего мира, требует особого подхода, направленного на восстановление взаимопонимания и коммуникации с собой и окружающими. Социальный интеллект включает в себя способность распознавать эмоции, выражать чувства и адекватно реагировать на социальные сигналы. Психотерапия, ориентированная на развитие этих навыков, помогает пациентам осознать свои мысли и чувства, а также улучшить межличностные отношения. Кроме того, обучение социальным навыкам снижает вероятность возникновения конфликтных ситуаций, которые могут усугублять их состояние.

**Материалы и методы исследования:** Для решения поставленных задач были обследованы 84 пациента (44 мужчин и 40 женщин) с параноидной шизофренией, проходившие стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента. К моменту исследования возраст больных варьировал в диапазоне от 25 до 65 лет. Количество больных до 30 лет составило 27 человек -32,1%, от 31 до 40 лет – 35 человек 41,7%, от 41 до 50 лет – 16 человек 19,0%, от 51 до 60 лет – 4 человек 4,8%, старше 60 лет – 2 человека 2,4%. Средний возраст больных -  $30,6 \pm 9,2$  года. Средний возраст пациентов мужского пола составил  $29,9 \pm 8,9$  года, женского -  $31,3 \pm 8,5$  года. Первую (основную) группу составили 43 человека (51,2% от общего числа обследованных больных), у которых в дополнение к стандартному лечению были применены методы психотерапевтической коррекции. В эту группу вошли 20 мужчин и 23 женщины в возрасте от 25 до 65 лет, средний возраст –  $31,1 \pm 8,2$  лет. Во вторую (контрольную) группу больных, у которых лечебные воздействия ограничивались стандартной психофармакотерапией, вошли 41 (48,8%) человек, среди них 24 мужчины и 17 женщин в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст –  $31,0 \pm 8,8$  лет). Между группами не выявлялось статистически достоверных различий ( $p > 0,05$ ) по половозрастным и демографическим характеристикам.

**Результаты и обсуждения:** Для оценки эффективности психотерапии использовались следующие показатели:

- сопоставление уровней развития социального интеллекта у больных основной группы до и после проведенной психотерапии;
- сопоставление уровней развития социального интеллекта у больных основной и контрольной групп к моменту завершения стационарного лечения;
- сопоставление уровней социального и личностного функционирования у больных основной группы до и после проведенной психотерапии;
- сопоставление уровней социального и личностного функционирования у больных основной и контрольной групп.

В основной группе после прохождения психотерапии заметно (на 20,0%) увеличилась доля больных со средним уровнем развития социального интеллекта и на 15% сократилась доля

больных с показателями социального интеллекта ниже среднего уровня. Кроме того, 5% пациентов с низкими до психотерапевтического вмешательства значениями социального интеллекта после лечения пополнили количество больных с показателями ниже средневыборочной нормы. Случаев перехода со среднего на более высокий уровень социального интеллекта не наблюдалось. Суммарное количество больных, имевших до лечения низкие показатели социального интеллекта (54,0%) уменьшилось на 20% и после применения психотерапии составило 34,0%, причем полученные результаты отличались статистической достоверностью (р < 0,045).

Данные исследования свидетельствуют, что, если способность предвидеть последствия поведения (субтест 1) у больных параноидной шизофренией улучшилась незначительно, и суммарное количество больных с низкими и ниже средних баллами уменьшилось всего на 2% (с 44,3% до 42,3%; p > 0,05), то по остальным субтестам наблюдались более существенные изменения. Так, доля больных с низкими показателями по субтесту 2, то есть с низкой способностью понимать невербальную экспрессию, сократилась с 69,7% до 47,0% (p < 0,045), параллельно увеличилась (с 30,0% до 53,5%; p < 0,045) доля больных со средним и выше среднего уровнем развития этого компонента социального интеллекта. В 4 раза снизился удельный вес больных (с 28,0% до 7,0%; p < 0,01) с низкими баллами по субтесту 3 (способности понимать вербальные сообщения в зависимости от особенностей вызвавших их ситуаций), соответственно до 83,4% увеличилось число больных со средними и выше средних баллами. Особенно заметные результаты касались развития способности к анализу ситуаций межличностного взаимодействия (субтест 4). Суммарная численность больных, имевших до психотерапевтического вмешательства низкие показатели по этому субтесту (86,1%), после проведения психотерапии с высокой статистической достоверностью снизилась на 51,2% (до 34,9%; p < 0,001). Иными словами, у больных параноидной шизофренией разработанная психотерапевтическая программа оказалась наиболее эффективной для развития способности понимать невербальную и вербальную экспрессию, а также прогнозировать дальнейшее развитие ситуаций межличностного взаимодействия.

Более того, у небольшой части больных (4,0%) результаты повторного применения методики исследования социального интеллекта оказались хуже, чем при первичном тестировании. Причиной этому могло стать снижение мотивации к участию в исследовании, а также усиление нейролептических осложнений, связанных с использованием типичных нейролептиков. Сопоставление данных основной и контрольной групп позволяет судить о преимуществах комплексного применения фармако- и психотерапии для улучшения способности больных параноидной шизофренией к социальной адаптации после выписки из психиатрического стационара. Если до начала психотерапевтического вмешательства больные основной группы по показателям социального интеллекта мало чем отличались от контрольной группы, то после прохождения психотерапевтической программы выявлялись заметные межгрупповые различия как по количеству больных, имевших средний уровень социального интеллекта (64,0% больных 1 группы и 45,0% больных 2 группы; p > 0,05), так и по количеству больных с низкими показателями социального интеллекта (34,0% больных 1 группы и 51,0% больных 2 группы; p > 0,05).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования комплекса психотерапевтических вмешательств в процессе лечения больных параноидной шизофренией. Психотерапевтическая программа должна быть направлена на повышение способности к адаптации и уровня социального функционирования больных после выписки из психиатрического стационара. Для получения терапевтического эффекта ее следует начинать в больничных и продолжать в амбулаторных условиях на протяжении не менее 6 месяцев,

отслеживая изменения в социальной жизни больного. Показаниями для включения в психотерапевтическую программу являются редуцированный характер продуктивной психопатологической симптоматики и отсутствие выраженных признаков шизофренического дефекта.

Для реализации задачи повышения уровня социального функционирования мишенями психотерапевтического воздействия может служить социальный интеллект и проявления когнитивного дефицита. С этой целью в структуру психотерапевтической программы для больных параноидной шизофренией целесообразно включать приемы рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, психодрамы и терапии творческим самовыражением, направленные на развитие когнитивного, эмоционального и мотивационно-поведенческого компонентов

психической

деятельности.

Положительными сторонами разработанной психотерапевтической программы являются четкая структурированность занятий, простота в применении, отсутствие потребности в дополнительных материальных затратах.

## **«СКРЫТАЯ» ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В ПРАКТИКЕ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Ивашев С.П., Третьяков М.В.**

**ФГБОУВО "ВолгГМУ", ГБУЗ "ВОДКПБ"**

**Волгоград**

**“Hidden” phenomenology of dysfunctional parenting in the practice of systemic family psychotherapy.  
Ivashev S.P., Tretiakov M.V.**

Актуальность работы обусловлена сложной природой, определяющей влияние латентных нарушений функционирования семьи на формирование предпосылок для возникновения семейно-обусловленных психотравмирующих состояний: глобальной семейной неудовлетворенности, “семейной тревоги”, чувства вины, непосильного нервно-психического и физического напряжения (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999; Системная семейная психотерапия. Под ред. Э.Г. Эйдемиллера, 2002), тем более, что как показала практика латентные нарушения не являются очевидными и дополнительно обуславливают неосознанность семьи своего

**вклада**

**в**

**симптом.**

Гипотеза, мотивирующая настоящее исследование, состоит в том что между нарушениями в формирующей деятельности воспитания и используемыми родителями бессознательными психологическими защитами существует системная взаимосвязь, которая может быть определена предложенными Э. Г. Эйдемиллером и В. В. Юстицким (1990) как латентные нарушения функционирования семьи. Системный характер латентных нарушений предопределяет их сложную природу, затрудняющую ее сознательное осмысление собственного вклада в формирование симптома как на этапах жизненного цикла, так и в пространстве психотерапевтического

**комплаенса.**

Цель исследования: Выявить модельные представления системных отношений дисфункциональной семьи посредством обогащения клинической картины психотерапевтической практики психометрическим тестированием.

С этой целью решались следующие задачи: 1. Выявление латентных переменных отражающих первичные данные, получаемые посредством тестов АСВ и ИЖС. 2. Оценка соответствия стиля родительского воспитания, психологическими проблемами родителей решаемые за счет ребенка и психологическими защитами родителей, которые не позволяют им осознать свой вклад в дисгармоничное

**воспитание.**

Материалы и методы. Экспериментальной базой явилась ГБУЗ “ВОДКПБ”. Были обследованы

пациенты и законные представители (родители, опекуны), члены расширенной семьи (бабушки, дедушки) в количестве 121 человек, направленные психиатром на семейную психотерапию. Критерием отбора респондентов стала комплаентная готовность родителей пройти клиническую беседу и психометрические тесты. В качестве тестов использовались АСВ (анализ семейных взаимоотношений), авторы Эйдемиллер Э.Г. и Юстицкис В.В. (1990) и ИЖС (индекс жизненного стиля), авторы Плутчик Р., Г. Келлерман и Г. Конте, в переводе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева (2005). Для выявление системной организации латентных семейных нарушений использовалась традиционная модель латентных переменных (Крупенкова Н.В., 2013), с помощью программ STATISTICA, Excel, Access.

**Результаты исследования.** Были изучены паттерны дисфункционального воспитания с которыми избирательно идентифицировали себя респонденты при положительных ответах, накапливаясь в исследуемой выборке. Обнаруженное противоречие между жалобами, семейной историей и итогами тестирования позволяет предположить наличие латентных патологизирующих факторов в семейной взаимодействии, которые нуждались в прояснении посредством диалога с семьей.

Для проверки необходимой в этом случае нулевой гипотезы о нормальности распределения показателей АСВ и ИЖС в настоящем исследовании применялись количественные тесты Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса, Шапиро-Уилка, показатели асимметрии и эксцесса, визуального сопоставления диаграмм тестирования респондентов с ожидаемым (expected) нормальным (STATISTICA). Как оказалось, во всех случаях отмечено статистически достоверное отличие распределений от нормального закона. Тем самым, если распределение Гаусса является итогом влияния множества случайных, независимых факторов, то распределения данных респондентов могут быть обусловлены избирательным воздействием ограниченной группы факторов. Вероятно подобного рода избирательность может носить целенаправленный характер, что предполагается показать на последующих этапах анализа. Что касается самих распределений, то здесь наблюдается довольно интересная картина. Так распределение значений шкал АСВ представлено в подавляющем большинстве мономодальным сдвигом, с асимметрией влево, указывающим на то, что респонденты лишь минимальной мере идентифицируют себя с различными типами воспитания, которые не достигают диагностически значимого уровня, исключение составила шкала “Воспитательная неуверенность родителя” отличающаяся сдвигом моды вправо. Подобного рода преобладающий паттерн отклика респондентов с модой в “окрестностях” минимальных значений может указывать на некоторую общую социально детерминированную установку родителей целенаправленно “придерживаться” уровня ниже диагностически значимого. Аналогичный анализ распределений значений шкал ИЖС также показал довольно специфическую картину, заключающуюся в бимодальном характере соответственно расположенных в “окрестностях” как низких, так и высоких значений с “провалом” в средних. Тем самым респонденты, выполняя тест ИЖС, вероятно по социально детерминированному механизму разделяются на 2 группы, соответственно идентифицирующие себя как минимально “обремененные” психологическими защитами, так и “по максимуму” действующие бессознательные психологические характеристики. Обнаруженное диктует необходимость использовать данное обстоятельство как фактор группирования и выявления межгрупповых различий. Развивая тему поиска латентной переменной репрезентирующей системные паттерны дисфункциональных детско-родительских отношений, процедура идентификации себя с предлагаемыми утверждениями тестов АСВ и ИЖС посредством согласия либо несогласия может быть осмыслена как функция отношения, социально-психологической детерминации - аттитюда. Каждый акт аттитюда рассматривается как единичный прецедент в

отношении объекта (шкалы теста), который в совокупности с себе подобными для всех респондентов составляет кумулятивную оценку. Полученные таким образом данные могут быть упорядочены от большего к меньшему, образуя ранжированную последовательность шкал тестов АСВ и ИЖС. Такая последовательность носит объективный характер, поскольку прецеденты, составляющие кумуляту являются друг от друга независимыми. Выражаясь метафорически, отдельно взятый из множества респондент “голосует” за каждый прецедент идентификации, тем самым внося свой независимый вклад в конечный кумулятивный эффект. Ранжированная по убыванию кумулятивная последовательность обнаружила весьма впечатляющую разность крайних значений, составивших максимальное значение для шкалы “Потворствование потребностям ребенка” - 389,2 и минимальное значение для соответственно “Предпочтение в ребенке мужских качеств” - 66,0 - почти шестикратную (5,9) величину. Аналогично для ИЖС максимальное значение представлено для шкалы “Реактивное образование” - 3335, минимальное - “Компенсация” - 1585. Тем самым, континuum последовательности шкал представлен полярностями условно обозначенными как “аттрактор” (притяжение-согласие) и “репеллер” (отталкивание-отрицание) селективного аттитюда респондентов.

**Заключение.** Итогом предварительного, пилотажного исследования стала открывающаяся перспектива обогащения практики семейной психотерапии данными психодиагностики родителей и лиц их заменяющих посредством тестов АСВ и ИЖС с последующей их актуализацией в плоскости терапевтического и коррекционного вмешательства средствами диалогического взаимодействия. Выявленный в ходе исследования массив латентных переменных позволил прояснить системные аспекты дисфункциональных паттернов семейного воспитания, которые получат свое развитие на дальнейших этапах исследования.

## **ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В КЛИНИКЕ НЕВРОЗОВ**

**Манучарян Ю.Г.**

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии

Ярославль

The internal picture of the disease in the neuroses clinic

Manucharyan Yu.G.

Клинические проявления невротических расстройств включают как психопатологические нарушения непсихотического уровня, так и разнообразные соматовегетативные (соматоформные) дисфункции. Принимая соматические симптомы как таковые, без связи с психикой, без понимания психосоматических механизмов симптомообразования, у пациентов нередко формируется соматическая концепция внутренней картины болезни. Это определяет их выбор врача. Считая себя соматически больным и обращаясь соответственно к врачам общесоматической медицины, такие пациенты предъявляют в первую очередь жалобы соматического характера, что приводит к излишним, часто неоправданным разнообразным обследованиям, создают трудности в диагностике и терапии. Длительные, порой многолетние обращения, обследования и лечение в общесоматических учреждениях приводят к затяжному, прогредиентному течению основного невротического расстройства, дальнейшему синдромокинезу с присоединением вторичных тревожных, депрессивных и более резистентных к терапии ипохондрических расстройств. Ко времени попадания в поле зрения врачей психиатров, психотерапевтов у таких пациентов уже снижается ранее активный компонент борьбы с болезнью, личность постепенно адаптируется к болезни. В неблагоприятных случаях в полисиндромальной структуре невроза становится трудно выделить ведущий, доминирующий синдром. Формируется так называемая недифференцированная форма невроза, и далее –

своеобразный бессимптомный невроз, где в большей степени преобладают изменения личности, нежели какие-либо конкретные клинические симптомы. По сути формируется психогенное развитие личности с существенным снижением уровня социального функционирования и качества жизни в целом. Такие пациенты с затяжным и хроническим многолетним течением болезни ориентированы в основном на медикаментозные и другие пассивные методы терапии. Что касается психотерапии, то в системе показаний медицинские, безусловно у них имеются. Однако психологические показания, а именно мотивация, вера, способность и желание активно участвовать в психотерапевтическом процессе, зачастую уже недостаточны. Это обстоятельство создает определенные трудности, препятствия для использования патогенетических методов психотерапии, ориентированных на работу с личностью. В итоге неосознанные причины образования личностью невротического расстройства (внутриличностные конфликты, незрелые защитные механизмы, когнитивные искажения и др.) так и остаются не выявленными, не откорректированными и неразрешенными. Сформировавшиеся за годы болезни изменения личности, теперь дезадаптивные к активной социальной жизни и адаптированные к болезни, могут носить стойкий, малообратимый характер.

Другой формой внутренней картины болезни, нередко встречающейся в последние годы, является так называемая архаическая концепция болезни. Такие пациенты, если не убеждены, то допускают возможность болезни как результата «сглаза», «порчи», «колдовства», «кармы», «черной магии», «вселения в душу дьявола, бесовского духа», «одержимости нечистой силой» и других «темных сил». Если в большой психиатрии подобные абсурдные расстройства мышления больных квалифицируются как бредовые идеи психического воздействия при отсутствии критики к своему болезненному состоянию, то в клинике неврозов у пациентов с магифреническими воззрениями при сохранной критике и понимании болезненного состояния подобные представления являются следствием индуцирования распространенных в обществе разнообразных псевдонаучных эзотерических учений. Такие пациенты вполне разумны в компетентных для них вопросах, однако там, где им недостает знаний, например, медицинских, они утрачивают логическое мышление и возвращаются на уровень детского, дологоческого, магического мышления. Так, не зная естественных причин болезни, они объясняют их сверхъестественными причинами. В соответствии с их концепцией болезни они обращаются за помощью в первую очередь не к врачам традиционной медицины, а к представителям так называемой «альтернативной медицины», - к всевозможным «целителям», «экстрасенсам», «магам», «ведьмам», «колдунам» и др. Обращение к психотерапевтам также может быть связано с магической установкой на чудо. Такие пациенты могут формально не отказываться от предложенных методов фармако- и психотерапии, однако воспринимают их как второстепенные, ожидая от врача какого-нибудь чудо-метода, например, «сильного гипноза». В результате правильно выбранные с учетом медицинских показаний методы психотерапии окажутся безрезультатными.

Исходя из этого, изучение внутренней картины болезни пациента является существенным звеном в диагностическом процессе, поскольку представление о своей болезни, ее причинах составляет часть самого невротического расстройства, отражая личностные особенности и проблематику больного. Субъективная картина болезни складывается вначале заболевания и может стать одним из факторов этиологии и патогенеза болезни. Поэтому психотерапевтический процесс целесообразно начинать с коррекции ошибочной внутренней картины болезни, ее когнитивного и эмоционального компонентов. Необходимо сформировать у больного правильную, а именно, психогенную концепцию невротического расстройства. Для этого необходимо повысить медицинскую грамотность пациента в отношении своего заболевания. С этой целью проводится рациональная психотерапия или, как ее еще называют, - разъяснительная,

разубедительная, информационная, образовательная, педагогическая терапия. На доступном для больного языке аргументированно объясняются физиологические и психологические механизмы возникновения его субъективных ощущений (например, головной боли, головокружения и др.), объективных клинических проявлений расстройства (например, сердцебиения, артериальной гипертензии и др.), а также параклинических данных. Пациент должен знать, отчего возникло расстройство, какие методы медикаментозной и психотерапии могут быть использованы, с какой целью и каким ожидаемым результатом. Важно, чтобы пациент понимал неосознанную роль собственной личности в образовании невротического расстройства и значение своего активного участия в терапевтическом процессе для его устранения. Поскольку невротическое расстройство нередко возникает и сохраняется вследствие ошибочных представлений, умозаключений, когда мышление пациента характеризуется нелогичностью, бездоказательностью, следует на основе рациональной психотерапии сформировать у больного логическое мышление, осознание психологически понятной причинно-следственной связи между содержанием психической травмы, индивидуальных личностных особенностей и клинических проявлений болезни. Это повышает эффективность терапии на последующих этапах психотерапии, когда требуется коррекция более устойчивых когнитивных ошибочных установок и связанных с ними неадекватных и дезадаптивных форм эмоционального реагирования и поведения. Дальнейшая комплексная психотерапия с включением патогенетических методов, ориентированных на выявление, осознание и разрешение психологических причин болезни способствует клиническому выздоровлению и восстановлению полноценного социального функционирования.

## ОГРАНИЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

С.Л. Соловьева

СЗГМУ им.И.И.Мечникова

кафедра психотерапии

Санкт-Петербург г.

Limitations of Psychotherapy

Svetlana L. Solovieva

В современной литературе, посвященной психотерапевтическому вмешательству, отмечаются преимущественно его позитивные стороны; ограничения психотерапии исследуются лишь в связи с противопоказаниями к психологической интервенции. Между тем психологическое вмешательство в субъективную внутриличностную реальность другого человека неизбежно имеет свои ограничения, связанные с индивидуальными различиями между людьми, их взглядами, убеждениями, ценностными ориентациями. Ограничения на проведение психотерапии могут быть условно разделены на ограничения клиента, ограничения терапевта и ограничения

психотерапевтического

процесса.

Ограничения клиента. Наиболее часто успешность психологического вмешательства связывается с особенностями пациента. Одним из первых на ограничения клиента указал Карл Ясперс, который отметил, что одной из ключевых проблем психотерапии является нежелание людей меняться. Обращаясь за помощью, клиенты не столько хотят изменить себя и свою жизненную ситуацию, сколько стремятся избавиться от душевной боли; они надеются получить рецепт правильного поведения, которое снизит интенсивность негативных переживаний. Если же в процессе психологического вмешательства оказывается, что за проявлениями неблагополучия клиента стоят его собственные личностные особенности, установки, ожидания, стереотипы восприятия и мышления, которые требуют изменений для нивелирования симптома, пациент начинает сопротивляться. Пациент отказывается осознавать то, что причиняет ему боль.

Между тем без осознания клиентом собственной роли в происхождении болезненных симптомов психологическая помощь может быть мало эффективна. Ограничения клиента рассматриваются преимущественно в связи с абсолютными и относительными противопоказаниями к психотерапии. Абсолютными противопоказаниями являются: низкий интеллект, острое психотическое состояние, состояние алкогольного или наркотического опьянения. В этом случае психологическая интервенция невозможна. К относительным противопоказаниям, которые носят самый общий характер, относятся: неготовность пациента к выявлению и осознанию его переживаний; активность защитного механизма отрицания, наличие вторичной выгоды от предъявляемой симптоматики; низкий уровень сенситивности, недостаточная чувствительность к нюансам переживаний; нарушения сеттинга; проявления алекситимии в виде трудностей вербализации переживаний; некорrigируемые характерологические особенности с психопатическими проявлениями; выраженный негативизм или высокая степень ригидности. Пациент, который не способен осознавать и формулировать свои переживания, анализировать собственные представления и установки или имеет скрытые мотивы во взаимоотношениях с психотерапевтом, как правило, не может принять предлагаемую психологическую помощь.

Успешное психологическое воздействие предполагает также сформированность у клиента определенной степени рефлексии, способности отражать, формулировать в психологических понятиях, предъявлять и анализировать феномены собственной субъективной реальности. Способность клиента вступать во взаимоотношения надежной привязанности обеспечивает его высокий уровень функционирования в отдаленный период после проведенной психотерапии. Установлено также, что развитая способность пациента к саморефлексии и ментализации позволяют прогнозировать успешность психологического воздействия в долгосрочной перспективе. Таким образом, для успешности психологического вмешательства необходима определенная степень контакта клиента с собственной психологической реальностью, его способность взаимодействовать с ней.

Ограничения психотерапевта. Личность терапевта является важным фактором эффективности психологического вмешательства. Начиная с работ Карла Роджерса, к терапевту предъявляются требования быть эмпатичным, толерантным, аутентичным, искренним и открытым во взаимоотношениях с клиентом. Между тем эти требования не учитывают опыта психических травм, стрессов и конфликтов, неизбежно переживаемых самим психотерапевтом в процессе собственной жизни и приобретенного профессионального опыта. Представления Б.Д.Карвасарского о личности «раненого целителя» опираются на неизбежность существования такого травматичного опыта, который, как это происходит при посттравматическом стрессовом расстройстве, не всегда может быть полностью переработан, оставляя после себя незаживающие душевные раны. Психологические ресурсы психотерапевта, как и любой другой личности, ограничены. Не всегда он может оставаться эмпатичным и толерантным при столкновении с негативными, теневыми сторонами личности клиента. Принять личность другого человека со всеми ее особенностями в определенной степени означает отказ от собственной личности, от собственных взглядов, убеждений, представлений, оценок, ценностей, что представляется в принципе невозможным, если только терапевт не работает в рамках метаконструкции, основанной на метаценностях, выходящих за пределы событий повседневной жизни. Существуют также представления о том, что в ходе проведения психологического вмешательства терапевт должен прилагать особые усилия, чтобы удержаться от удовлетворения собственных потребностей за счет клиента. Подобный контроль, требующий особых навыков саморегуляции, не всегда осуществляется психотерапевтами: так, одной из наиболее частых причин неэффективного воздействия оказывается «нарушения границ терапии, которые

эксплуатируют эротические, партнерские, финансовые потребности клиентов, их склонность к зависимости или подчинению».

Ограничения психотерапевтического процесса. Негативные последствия психотерапии в виде обострения симптоматики, по мнению Б.Д.Карвасарского, формируются в связи с тем, что «объектом чрезмерного, иногда излишнего, внимания становится самочувствие пациента и его заботливость психологическими проблемами. Следствием могут стать драматичные переживания, эмоциональная загруженность и снижение эффективности адаптивных и компенсаторных механизмов личности больного». Между тем фиксация на отдельных дефицитах, дефектах, негативных феноменов в структуре психической деятельности клиента в процессе психотерапии в ряде случаев неизбежна, поскольку иным способом осознание этих феноменов представляется невозможным. При высокой эмоциональной чувствительности пациента со склонностью к драматизации, к чрезмерно длительному и яркому переживанию негативных эмоций формируется аффективная загруженность, на фоне которой оживает травматический опыт прошлого. В этом случае рациональная оценка и переработка травматического опыта затруднена, а высокая степень эмоциональной напряженности приводит лишь к ухудшению состояния клиента. Сухоруков С.Д., Голованова И.В., Жукова М.А. в своем исследовании отмечают, что фиксация пациента на интенсивных негативных переживаниях, неприятных воспоминаниях, отрицательных ощущениях оборачивается неблагоприятными последствиями

В том случае, если пациент способен осознать роль собственных психологических характеристик в формировании симптома и начинает внутреннюю работу по переработке и переструктурированию своей субъективной психологической реальности, достигнутые им изменения могут привести к соответствующим изменениям в социальном функционировании: к разрушению межличностных взаимоотношений, к разводам, конфликтам с близкими, которые отказываются принимать новую личность клиента. Эти социальные последствия психотерапии, радикально изменяющие систему взаимоотношений клиента, в свою очередь, могут оказывать свое травмирующее воздействие на его личность; в этом случае становится вероятным отказ от психотерапии.

**Заключение.** С распространением психотерапии появляются все новые ее формы и методы, применение каждого из которых предполагает наличие соответствующих показаний и противопоказаний, имеющих отношение к психическому статусу клиента, а также психологических ограничений более широкого плана, касающихся как личности пациента, так и личности терапевта, а также самого психотерапевтического вмешательства.

## ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

**Якунина О.Н., Михайлов В.А., Коровина С.А.**

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, МЗ России

г Санкт-Петербург

Psychotherapy, psychological correction and psychotherapeutic practices for epilepsy

**Yakunina O.N., Mikhailov V.A., Korovina S.A.**

Цель: Обоснование применения психотерапии и психологической коррекции в системе восстановительного лечения и реабилитации больных эпилепсией. Существуют различные точки зрения о значении психотерапии при эпилепсии: от полного и безоговорочного признания ее необходимости и эффективности, через сужение показаний к ней рамками психогенного начала заболевания и функциональных расстройств, до отрицания ее целесообразности. Это связано с тем, что не все больные эпилепсией в равной степени доступны психотерапевтическим

Участниками психокоррекционных мероприятий являются не только врач и больной, но и лица, составляющие окружение пациента. Эти мероприятия включают элементы просветительной и воспитательной работы, под влиянием которой расширяется кругозор больного, приобретаются навыки саморегуляции, изменяется в положительную сторону отношение окружающих к больному, к его болезни, к трудовым возможностям. Для психотерапии более характерны медицинские аспекты. Психологическая коррекция является составной частью терапии в клинике эпилепсии. Она проводится на фоне медикаментозной терапии при полном клиническом обследовании больного, включая и комплексное психологическое исследование.

**Материал и методы:** Материалом исследования явились пациенты, находящиеся в отделении лечения больных с экзогенными органическими расстройствами и эпилепсией НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Тактика и методы психологической коррекции при эпилепсии зависят от клинической картины заболевания, типа его течения, резистентности к медикаментозной терапии, особенностей личности, семейных, производственных и межличностных отношений пациента. При индивидуальной психотерапии используются приёмы и методы в рамках личностно ориентированной рациональной и поведенческой терапии: убеждение и переубеждение, разъяснение, внушение, одобрение и порицание, метод “проигрывания” трудных ситуаций, метод “заданий и отчетов” и др. Методом, близким к психотерапии, является терапия средой (*milieu therapy*). Здесь терапевтическое воздействие оказывают средовые факторы: положительный, доброжелательный микроклимат в палатах и в стационаре в целом, присутствие опытного, квалифицированного медперсонала и др. В некоторых работах по психотерапии эпилепсии упоминается и лечение занятостью, в процессе которой образуется “здоровый” доминантный очаг возбуждения, подавляющий эпилептическую активность мозга (Акименко М.А., 1987). Психотерапевтические воздействия не купируют приступы, не влияют на симптомы при сумеречных расстройствах сознания эпилептического генеза, больные плохо доступны психотерапии в период эпилептических дисфорий, однако и здесь возможна некоторая коррекция эмоционального состояния по типу отвлечения.

**Результаты и обсуждение:** Исследование показало, что существуют этапы этой работы, различные её формы и методы, направленные на коррекцию “внутренней картины” болезни и межличностных отношений, дифференцируя их в зависимости от клинических особенностей заболевания и данных психологического исследования. Выделяется несколько её этапов. Первый этап: установление контакта с больным. Начало знакомства дает информацию о коммуникативных возможностях пациента, формирует доброжелательное и доверительное общение. Далее контакт укрепляется в процессе беседы, которая включает жалобы больного, знакомство с отношением пациента к своему заболеванию, его течению и ходу лечения, уточняется профессиональное и семейное положение и др. Время, затраченное на беседу, варьирует индивидуально. О степени готовности пациента к последующему психологическому исследованию можно судить по отсутствию у него напряжённости, пониманию того, что психологическое обследование так же необходимо и важно, как и другие исследования, проводимые в клинике, и что его результаты будут способствовать улучшению диагностики и лечения. Формирование положительного отношения больного к психоdiagностике рассматривается как условие повышения её надёжности. Второй этап: проведение комплексного психоdiagностического обследования, которое охватывает исследование когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы, системы отношений пациента, механизмов психологической защиты, копинг-стратегий. Оно может давать дополнительный коррекционный

эффект. Третий этап: осуществление собственно психотерапевтических воздействий. Психологическая коррекция личностных проявлений больного применяется в тех случаях, когда пациент признаёт их нежелательность для себя или когда они являются причиной дезорганизации деятельности окружающих и напряжённости межличностных отношений.

Четвёртый этап: поддерживая терапия.

Выделяют стадии заболевания: инициальный период; прогредиентное длительным течением болезни; ремиссия эпилептических приступов. В инициальном периоде заболевания большинство пациентов переживают возникновение приступов, однако у них ещё нет устойчивого отношения к болезни и лечению. Поэтому важно сформировать их установки, показать лечебную перспективу, нацелить на систематическое лечение, убедить, что, несмотря на болезнь, можно жить полноценной жизнью, соблюдая режим лечения и учитывая свои возможности. Психокоррекция в данном случае будет способствовать клинической компенсации и адаптации больного к возрастающим требованиям современной жизни, осуществляясь, наряду с медикаментозным лечением, имея своей целью купирование нарастания психического дефекта. Достижение контроля над приступами и полное их прекращение уже само по себе даёт положительный психотерапевтический эффект. Если улучшение клинического состояния пациента сопровождается положительными сдвигами в социально-трудовой сфере и семейных отношениях, то у пациента может возникнуть ощущение полного здоровья, желание форсировать отмену лекарственных препаратов. Желание пациента быть здоровым так велико, что некоторые из них пренебрегают рекомендациями по организации образа жизни, чем ставят себя под угрозу срыва ремиссии. В таких ситуациях психотерапевтическая работа крайне важна. Выбор аргументов, доводов, наглядных примеров, уровень эмоционального контакта соотносится с индивидуальными особенностями больных. Больные эпилепсией с низким уровнем интеллекта, недостаточной его гибкостью, малым запасом знаний, узостью общего кругозора и интересов требуют более постоянного наблюдения. Они обращаются за помощью в разрешении самых простых житейских проблем. Обычно эти больные фиксируются на малозначимых деталях жизненных ситуаций. Как правило, поведение таких больных регулируется в быту родственниками, а в условиях клиники эту функцию отчасти берёт на себя медицинский персонал. Для больных эпилепсией, порой живущих в атмосфере стигматизации, непринужденное общение в условиях специализированного стационара, дает ощущение защищенности и надежду на улучшение самочувствия. Возможность интересно провести свой досуг (настольные игры, рукоделие, просмотр телепередач, чтение, прогулки, коллективные чаепития и др.) создает ощущение отдыха, обеспечивает занятость. Пациенты приобретают друзей, с которыми общаются вне стационара. Они стремятся к повторным госпитализациям, для поддерживающей терапии. При лечении и реабилитации больных эпилепсией эффект дает не один какой-то метод, а комплекс адекватно применяемых биологических и психосоциальных воздействий. Об эффективности психотерапии судят как по изменению объективного, так и субъективного состояния больного, адекватности его системы отношений и поведения.

Выводы: Психотерапия и психологическая коррекция при эпилепсии строятся на основе знания клинических и психологических особенностей пациентов, их жизненной ситуации. Они являются существенным компонентом патогенетической терапии, проводятся на фоне медикаментозного лечения, с использованием различных психотерапевтических практик, усиливающих и закрепляющих его эффективность.

## СОВРЕМЕННАЯ НОВЕЛЛА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ОПЫТЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРКОСТАН

В Республике Башкортостан выстроена трехуровневая система оказания психотерапевтической медицинской помощи от амбулаторных кабинетов первого звена до оказания специализированной помощи в кризисном круглосуточном стационаре. Психотерапевтическая помощь осуществляется в 16 медицинских организациях республики и представлена 560 койками круглосуточного пребывания, 276 местами дневного стационара и 19 амбулаторными психотерапевтическими кабинетами. Маршрутизация предусматривает возможность получения психотерапевтической помощи каждым жителем республики, распределены зоны ответственности медицинских организаций.

Основные задачи психотерапевтической службы - специализированная психотерапевтическая помощь жителям республики при неврозах, депрессиях, участникам СВО и членам их семей, а также лицам, пострадавшим в результате катастроф, чрезвычайных ситуаций, антисуициdalная помощь несовершеннолетним и членам их семей, экстренная психологическая помощь, психопрофилактика, психообразование.

В медицинских организациях республики 113,5 ставок врачей-психотерапевтов, из них занято 94,5 ставки, физических лиц – 60, укомплектованность – 83,3%, коэффициент совместительства – 1,2.

Число должностей медицинских психологов – 336,25 ставки, из них занято 292 ставки, физических лиц – 236, укомплектованность – 86,8%. В кабинетах медико-психологического консультирования работают 26 социальных работников.

В январе 2023 года финансирование службы переведено в сверхбазовую часть обязательного медицинского страхования. Основные сложности переходного периода заключались в организации взаимодействия со страховыми компаниями, в том числе по своевременному предоставлению медицинской документации по запросу СМО, претензионной работе и внедрению корректирующих мероприятий по устранению выявленных несоответствий. Были созданы шаблоны для ведения электронной медицинской документации ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ и их регистрации в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения. Кроме того, пришлось пройти осуществление одномоментного перехода на ОМС в информационных системах; адаптацию информационного ресурса под особенности психотерапевтической службы.

Появились новые финансовые риски в виде неоплат случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам. На текущий момент проводится работа с семью страховыми компаниями, основные претензии страховых компаний:

2.14 признаки искажения медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы) – более 90%.

2.13 отсутствие или дефекты оформления ИДС (отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).

2.12 непредставление медицинской документации.  
Согласно приказу Минздрава России от 14 октября 2022 года №668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в целях усиления психолого-психотерапевтической помощи с 1 июня 2023 года в республике открыт 41 кабинет медико-психологического консультирования и 5 кабинетов (отделений) медико-психологической помощи. В 2024 году открыт еще один кабинет в Стерлитамакской психиатрической больнице.

С 2024 года услуги медицинских психологов внесены в ОМС. Как известно, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, а также консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период. Для выполнения поставленной задачи медицинские психологи были введены в ФРМРП, обеспечены ЭЦП, в РМИАС созданы АРМ медицинского психолога и сформировано расписания приема, созданы электронные направления к медицинскому психологу от врачей (коды B01.070.009, B01.070.010).

В республике разработана программа оказания психологической и психотерапевтической помощи для участников СВО и членов их семей. Всего прошли реабилитацию 510 человек (проконсультированы и прошли лечение 198 военнослужащих; и 312 членов семей, 131 из которых дети). С 1 июня 2023 года медицинские психологи ведут прием в Государственном Фонде «Защитники Отечества». Помощь оказана 2122 обратившимся. Из них: участников СВО – 734, членов их семей - 1272, работникам фонда - 116. Одной из основных задач психотерапевтической службы является профилактика суицидального поведения. Динамика случаев суицидов среди несовершеннолетних в республике последние три года нестабильна. В 2021 году зафиксировано 27 случаев суицида среди детей и подростков, 2022 год – 22 случая, за 2023 год – 28, за 2024 года - 26. Детская служба включает в себя весь необходимый блок специализированной психотерапевтической помощи. Детское и подростковое консультативно-диагностические отделения ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ проводят консультации несовершеннолетним, оказывается стационарная помощь. За 2024 год осмотрено с суицидальным риском 257 несовершеннолетних, прошли стационарное лечение 115 человек. Медицинскими психологами проводятся групповые и индивидуальные психокоррекционные занятия для детей и подростков. Для подростков с суицидальным поведением из удаленных районов проводятся телемедицинские консультации врача-психотерапевта через Центр удаленных консультаций, проведено 33 консультации в 2024 году.

В случае доставления несовершеннолетнего с попыткой суицида в учреждение здравоохранения первичной медико-санитарной помощи организуется консультация врача-психиатра (психотерапевта при наличии). Маршрутизация осуществляется согласно приказу Минздрава РБ №2103-Д «О маршрутизации пациентов при оказании медицинской суицидологической помощи детскому и взрослому населению в Республике Башкортостан». В рамках межведомственного взаимодействия осуществляется выезд мобильной бригады в составе врач-психотерапевт и медицинский психолог, проводятся семинары для педагогов общеобразовательных и среднеспециальных образовательных организаций, в Телеграмм-чате организована психологическая группа для родителей подростков «Школа осознанного родительства». В Психотерапевтическом центре работает круглосуточный телефон доверия.

Медицинские психологи оказывают экстренную психологическую помощь при кризисных состояниях, психологическую поддержку. За 2024 год поступило 5629 звонков. Также специалистами психотерапевтической службы оказывается кризисная психологическая помощь (крупные ДТП, пожары с большим количеством погибших, в том числе детей, терракт в Ижевске, оказание помощи родственникам пропавших подростков в поисковой ситуации, совместная работа

с «Лиза Аллерт»).

ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ в декабре 2024 года прошла сертификационный аудит на соответствие ГОСТ Р ИСО 9001:2015.

В 2025-2026 годах запланированы мероприятия по совершенствованию психотерапевтической службы: увеличение коечного фонда круглосуточных стационарных отделений в республике, укрепление кадрового потенциала: целевая подготовка по специальности «психотерапия» 2025 год – 12 целевых мест, 2026 год – 12 целевых мест.

Запланировано на 2025 год:

1.Открытие подросткового психотерапевтического отделения на 30 коек в ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ.

2.Открытие центра психологической помощи участникам СВО на базе РКПЦ Минздрава РБ.

3.Открытие 12 амбулаторных детских психотерапевтических кабинетов при образовательных организациях г.Уфы.

## **ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ У СТУДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ**

**Азарных Т.Д.**

Воронежский государственный университет инженерных технологий кафедра истории и

философии

Воронеж

Neuro-linguistic programming for the treatment of students with posttraumatic stress

Azarnykh T.D.

Целью исследования являлась выработка алгоритма индивидуальной психокоррекции лиц с посттравматическим стрессом ПТС с помощью психотехник нейролингвистического программирования (НЛП).

Диагностика проводилась по следующим показателям: ПТС по двум специфичным для него шкалам 1) Миссисипская (MS), гражданский вариант (Keane T.M.), 2) оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IES-R) (Horovitz M.J.); а также коморбидных 3) депрессии BDI (Beck A.), 4) психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis L.R.), 5) тревожности Тейлор MAS (дополнительная шкала MMPI, в адаптации Собчик Л.Н., 2001); 6) стрессорная нагрузка (LEQ); 7) черты характера (ОЧХ-В) (Русалов В.М. и др., 2003). Опросники 1–4, 6 адаптированы на российских выборках в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН (Тарабрина Н.В. и др., 2007).

Исследование проведено среди студентов (средний возраст 19 лет). Всего в исследовании приняло участие 53 человека. Во всех случаях после стресса, приведшего к формированию ПТС, прошло не менее полугода.

Анализ выраженности симптоматики ПТС в исследованной выборке по сравнению со взрослой (Тарабрина Н.В., 2008) показывает, что ПТС протекают тяжелее (собственные неопубликованные данные). Тяжесть ПТС этого возраста может быть связана в том числе с формирующимися характерологическими изменениями, достигающими уровня акцентуаций,

которые снижают ситуативную адекватность реагирования через закрепление нестабильности состояния уже на уровне личностных особенностей (Азарных Т.Д., 2014). Такая связь между тяжестью ПТСР и наличием акцентуаций характера показана для ПТСР комбатантного генеза (Никитина В.Б., 2009). Поэтому те психотехники, которые используются для психотерапии взрослых лиц с ПТС, в частности, десенсибилизация с помощью движений глаз (Шапиро Ф., 1998), недостаточны для нормализации состояния у студентов.

Поэтому алгоритм психокоррекции лиц с ПТС юношеского возраста включает следующие этапы.

1. Постановка позитивно выраженной цели (на этом этапе она однотипна: стать спокойным). 2. Работа с линией времени (Ковалев С.В., 2001), что в ряде случаев позволяет снизить как вторжение психотравмы в сознание, так и осознать, что она в прошлом. 3. Дезактуализация психотравмы (снижение уровня страха) с помощью визуально-кинетической диссоциации (ВКД) (О'Коннор Дж. и др., 1998). Поскольку воспоминания о психотравмирующем событии в большинстве случаев отрывочны, то хороший эффект дает визуально-кинетическая диссоциация в сочетании с работой на линии времени. 4. В большинстве случаев в истории жизни студентов с ПТС есть и другие тяжелые стрессы (Азарных Т.Д., 2014). Поэтому ВКД проводится по каждому стрессу. 5. Феноменом, связанным с ПТС, является раскол (или несформированность, учитывая возраст исследуемой выборки) идентичности (Эриксон Э.). Самы студенты об этом говорят: «Я не знаю, кто я есть». Здесь работают психотехники: а) интеграция конфликтных частей (Дилтс Р., 1998), б) выход на уровень идентичности (Ковалев С.В., 2001). 6. Работа по снижению уровня агрессии. Здесь работают психотехники сущностной трансформации (Андреас К. и др., 1999), расширенный паттерн взмаха (Ковалев С.В., 2001). 7. Дальнейшая работа является индивидуально ориентированной и включает работу по изменению негативных и ограничивающих убеждений (Дилтс Р., 1997). 8. Постановка целей теперь уже личностроенных, формирование мотивации по их достижению (Дилтс Р., 1998; Ковалев С.В., 2001).

Таким образом, психокоррекция лиц с ПТС юношеского возраста, включает несколько этапов.

## **О ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ К АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫМ СИТУАЦИЯМ ПРИ ПЛАНОВОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

**Шевцова Ю.Б., Понасенко А.В., Агibalova T.B., Скрябин В.Ю., Круглых А.А.**

**ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ"**

**Москва**

**On Psychotherapeutic Approaches to Alcohol-Associated Situations in Scheduled Counseling  
ShevtsovaY.B., Ponasenko A.V., Agibalova T.V., Kruglikh A.A.**

Основной парадигмой сохранения здоровья и трудоспособности человека является предупреждение заболеваний и патологических состояний. Нередко при проведении плановых психотерапевтических или психологических консультирований пациентов различного профиля выявляется злоупотребление алкогольными напитками. При этом специалисты обнаруживают, что абсолютное большинство консультируемых пациентов не наркологического профиля не выражают готовности обсуждать алкогольную тематику. Обсуждение алкогольной зависимости в отношении себя самих особенно затруднено у первично консультируемых. При самостоятельном формулировании запроса на психотерапию пациенты делают акцент на своих сложных ситуациях, а не на пристрастии к алкоголю. В случаях, когда для специалиста очевидна алкоголь-ассоциированность проблем пациента, но пациент не готов их обсуждать, можно начать работу с жизненных обстоятельств, которые пациент готов описывать, согласен анализировать, и есть вероятность их целенаправленной коррекции. Обнаруживаемый при этом диапазон злоупотребления алкоголем (по суточным дозам, по длительности ежедневного употребления,

по предъявляемым «причинам» употребления, его аффективной окраске) может значительно отличаться от одного типа клинических случаев к другим. Выяснив основные проблемные ситуации, находящиеся в большей степени доступности для консультанта, целесообразно понять, какие психологические мотивы (потребности) уводят пациента от их решения и вызывают влечение к состоянию алкогольного опьянения: например, гедонистические, гиперактивации поведения, собственно аддиктивные, традиционные (социально обусловленные, псевдокультуральные), субмиссивные, атрактивические, самоповреждающие или другие. Консультанту необходимо оценить, как у индивидуума обусловлено переключение от конструктивного рассмотрения ситуации на употребление алкоголя: личностно (у здоровых лиц, включая лиц с акцентуациями) или же психопатологически (при наличии коморбидного психического расстройства, включая органические F0, аффективные F3, невротические и связанные со стрессом расстройства F4, расстройства личности F6, а также некоторые синдромы, связанные с физиологическими нарушениями F5). Если различные варианты употребления алкоголя (как с наличием признаков наркологического заболевания, так и при их отсутствии, сочетаются с пограничными психическими расстройствами), своеобразные, субъективно значимые переживания высокой интенсивности для пациента не просто важны – они выходят на первый план и задают направление для самостоятельного поиска их облегчения

– например, путем алкоголизации.

Спектр проблем, связанных с избыточным потреблением алкоголя, весьма широк и включает соматические, психологические, психические, наркологические расстройства, а также приводит к затруднениям в социальном функционировании. Если консультирующий психотерапевт, психолог, для своего пациента оценивает употребление алкогольных напитков как проблемное, несущее тот или иной вред, то плановый разбор ситуаций, приводящих к алкоголизации, имеет смысл. В здоровье-ориентированном консультационно-мотивационном и психотерапевтическом процессе вектор влияния специалиста может быть направлен на коррекцию стиля мышления и образа жизни пациента.

Если алкоголизация становится привычной, систематической, у изначально здорового человека последовательно и закономерно развиваются самостоятельные аддиктивные паттерны поведения, а через некоторое время и клинические дефиниции – употребление с вредными последствиями и синдромом зависимости. Нередко (но не всегда) данные явления оказываются взаимосвязанными с большим количеством разнообразных психологических переживаний, жизненных коллизий, расстройств физического здоровья, которые важны для пациента. Важно подчеркнуть, что иерархия ценностей человека с невротическими расстройствами или акцентуацией этого направления может значительно отличаться от иерархии ценностей человека, который заболел алкоголизмом, будучи изначально здоровым. Лично значимые ситуации при коморбидности алкогольных проблем с пограничными психическими расстройствами могут показаться порой весьма неожиданными, спорными, противоречивыми, даже вычурными с точки зрения психически здорового человека. Подобные психотерапевтические открытия и их коррекция требуют от специалиста эмоциональной выдержки, терпения, доверия, высокого уровня не только профессиональной квалификации, но и сострадания к пациентам.

Наряду с этим необходимо учитывать, что одним из предикторов драматического развития алкоголизма является анозогнозия, которая не всегда преодолима в психотерапевтическом процессе вследствие развитых патологических психологических защит, надежно оберегающих сознание от трудного решения принять у себя диагноз «алкоголизм» и перейти к освоению навыков трезвого образа жизни. Тотальная анозогнозия может сделать прогрессирующими течение алкогольной зависимости даже при изначально ее невысокой прогредиентности, высоком реабилитационном потенциале, доступности квалифицированной медицинской помощи и бывшем ранее высоком уровне социального функционирования. Преодоление алкогольной анозогнозии является отдельным направлением психотерапевтической работы и не всегда завершается успехом. В этой связи, если при проведении плановых консультаций специалист ориентируется на понятные пациенту ситуации, «требующие», с его точки зрения употребления алкогольных напитков, результат может стать более обнадеживающим. При психотерапевтической проработке алкоголь-ассоциированных ситуаций специалист

придерживается следующих принципов: поддержание взаимного доверия и уважения; сотрудничество на пути к трезвости; избегание очевидной конфронтации (внутренняя конфронтация у обоих участников – неизбежна); двоякая позиция специалиста (внутренняя – патерналистская, внешняя – партнёрская); применение тех психотерапевтических техник, которыми владеет специалист; рабочее принятие специалистом иерархии ценностей пациента. Технологии отработки алкоголь-ассоциированных ситуаций: целенаправленный поиск ситуаций, имеющих важное значение для пациента; выявление ситуаций, мысленно спаянных у пациента с возникновением желания употребить алкогольные напитки; установление иерархии значимости этих ситуаций для пациента; целенаправленное алкоголь-ассоциированных ситуаций - на каждую не меньше двух сессий; в фокусе внимания специалиста – ресурсы пациента для достижения и поддержания трезвости (психологические и социальные); мягкие психотерапевтические интервенции, смысловые «связки», «мостики»; разработка индивидуальных безалкогольных копинг-стратегий на основе иерархии значимости алкоголь-ассоциированных ситуаций у конкретного пациента. Длительность ситуационно-иерархической психотерапии может быть различной – от единственной консультации с результатом по типу «инсайт» до 15-20 сессий с результатами по типу «научение». Подытоживая вышесказанное, можно заключить, что в условиях ограниченных временных ресурсов применение ситуационно-иерархических подходов к психотерапии пациентов с алкогольными проблемами является предпочтительным. Позитивными результатами психотерапии, ориентированной на субъективно-значимые индивидуальные алкоголь-ассоциированные ситуации, являются не только достижение продолжительной трезвости, но и повышение самооценки, уверенности в собственных силах, уровня социальной адаптации, укрепление физического здоровья. С нашей точки зрения, нахождение индивидуально-приемлемых решений может помочь человеку не только обрести трезвость, но и в целом улучшить качество жизни.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.**

Городская многопрофильная больница №2

Санкт-Петербург

Features of psychotherapeutic assistance in the conditions of multidisciplinary general somatic hospital

Filippov V.L., Filippova Yu.V.

Введение. Психотерапевтическая помощь населению до настоящего времени остается нерешенной медицинской проблемой. Данное обстоятельство с особой остротой наблюдается в многопрофильных соматических больницах, оказывающих пациентам высокотехнологичную медицинскую помощь. Уход психиатров и психиатров-психотерапевтов из многопрофильных соматических больниц из-за отсутствия бюджетного финансирования данного направления в больницах не психиатрического профиля привел к полному забвению психиатрической диагностики и психотерапии. Отмечается рост распространенности психосоматических расстройств (ПСР) и пограничных психических расстройств (ППР), саморазрушающего поведения и других нервно-психических заболеваний среди всех групп населения России. При этом, врачами интернистами депрессия и другие ППР практически не выявляются, что приводит к значительному (в 2–3 раза) повышению стоимости лечения соматических заболеваний за счет частых госпитализаций и необоснованных дорогостоящих лечебных назначений, а также проведения ненужных исследований, дополнительных консультаций специалистов

и Т.Д.

Вследствие ряда реформирований служба психического здоровья оказалась вне основных экономических преобразований, обусловленных переходом на принципы ОМС, и связанных с этим недофинансированием деятельности службы в соматических больницах. Психотерапия

была исключена из тарифного соглашения ОМС, что привело к крайне негативным результатам, т.к. население в ПНД не идет из-за существующего в обществе менталитета и опасений различных последствий.

При принятии решений, к сожалению, законодательные и исполнительные структуры руководствуются информацией статистической отчетности о болезнях и смертности населения, без детального анализа причинно-следственных связей утраты здоровья. Данные официальной статистической отчетности, касающиеся психического здоровья, можно использовать только для выработки предварительных рабочих гипотез.

Цель исследования. Рассмотрение особенностей психотерапевтической помощи в условиях многопрофильного общесоматического стационара

Материал и методы. Представлены результаты и особенности психиатрической и психотерапевтической помощи в многопрофильной соматической больнице №2 Санкт-Петербурга. Всего за период с 2022 по 2224 гг. обследовано 8652 пациента. Показаны тенденции, обусловленные не количеством пациентов, реально нуждающихся в психиатрической и психотерапевтической помощи, а решением врачей-интернистов, обусловленным острой необходимостью направления пациентов на консультацию.

При оценке психического состояния обследованных лиц использована МКБ-10. Обработка результатов проводилась с помощью программ StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение.

Среди направленных врачами-интернистами больных больше всего было пациентов с аффективными расстройствами настроения (F3). Установлена негативная тенденция их распространенности. Так, если в 2022 г. таковых было 14,7%, то в 2024 – 80,3% ( $p > 65,6\%$ ). Подобная тенденция наблюдалась и с органическими, включая симптоматические, психические расстройства (F0). В 2022 г. таковых было 26,8%, а 2024 г. – 39,8% ( $p > 13\%$ ). Отмечена убывающая динамика по годам невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (28,8%; 58,1% и 13,1%), соответственно ( $p < 15,7\%$ ) и нарастающая динамика органических, включая симптоматических, психических расстройств (26,8%; 33,4% и 39,8%, соответственно) ( $p > 13\%$ ). Приведенные данные динамики по годам были обусловлены необходимостью направления пациентов на консультации врачами-интернистами. Анализ структуры по нозологическим группам психических расстройств, обследованных пациентов, находящихся на лечении в период с 2022 по 2024 гг., показал выраженное снижение невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств. В 2022 г. их было 31%, в 2023 г. – 49,8%, в 2024 г. – 9,6% ( $p < 21,4\%$ ). Отмечен рост обследованных лиц с аффективными расстройствами настроения с 12,7 % в 2022 г. до 47,4% в 2024 г. ( $p > 34,7\%$ ). Аналогичная тенденция отмечена при органических, включая симптоматические, психические расстройства с 40,4% и 40,2%, до 41,1% ( $p < 0,7\%$ ).

Необходимо отметить, что отделение психотерапии оказывает специализированную диагностическую и психотерапевтическую помощь всем пациентам больницы. Из обследованного контингента рассмотрена группа пациентов терапевтического профиля, находящихся на лечении в 2024 г. Из них мужчин было 188 (43,4%), женщин 245 (56,6%), доминировали лица с психосоматическими расстройствами (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, бронхиальная астма, диабет 2-го типа и др. в возрасте старше 40 лет. За психотерапевтической помощью самостоятельно обратились всего 7,2%, остальных 92,8% направили на консультацию врачи различных отделений больницы. Распределение всех исследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство мужчин и женщин были старше 40 лет (64,3%). Диагностика и лечение этой группы «трудных больных» без участия психиатра-психотерапевта малоэффективны, а результат – хроническое течение заболеваний, недовольство медицинской помощью, социально-психологическое напряжение в обществе и жалобы. При этом, важно отметить, что обращение больных за специализированной психотерапевтической помощью в ПНД остается низким. Нежелание пациентов лечиться в психиатрических учреждениях приводит к перегрузке поликлиник и общесоматических стационаров пациентами с ППР, которые интернистами не диагностируются. К врачам-психиатрам и психотерапевтам обращаются не

более 8% всех лиц, страдающих ППР. Несмотря на все возрастающую потребность в психиатрической и психотерапевтической помощи, ее экономическое обеспечение явно недостаточно. Многочисленные попытки организовать широкую психотерапевтическую помощь населению в системе ПНД испытывают трудности, обусловленные менталитетом населения и возможными негативными для пациентов последствиями этического, социально-психологического, а в ряде случаев и правового характера. По различным причинам (отсутствие необходимых кадров, психиатрических льгот, оборудованных кабинетов и др.) эту помощь в необходимом объеме пока не удалось организовать в многопрофильных соматических стационарах.

**Заключение.** Проведенное исследование указывает на необходимость принятия неотложных мер по внедрению психотерапевтической помощи и профилактике ППР и ПСР в общесоматических больницах. Учитывая высокую распространенность ППР и ПСР, лечение которых эффективно методами психотерапии, целесообразнее с экономических и лечебно-диагностических позиций организовывать «отделения психотерапии психосоматических расстройств». Возможна организация подобных отделений без коечного фонда, но с хорошим оснащением специализированных кабинетов. Неоднократные госпитализации пациентов с ПСР и ППР наносят значительный социально-экономический и медицинский ущерб. Для решения архиважной проблемы диагностики, лечения и профилактики ППР и ПСР управлением структурам, при организации медико-профилактической помощи, необходимо формировать современную систему сохранения психического здоровья в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, протоколами, стандартами и приказами МЗ России. Вывод: Учитывая существующие вызовы, приведшие к резкому ухудшению психического здоровья населения, необходимо выделять своевременную психиатрическую диагностику, психогигиену, психопрофилактику и психотерапию в соматических больницах. Необходим анализ выполнения Приказов Минздрава России, касающихся сохранения психического здоровья, требований законодательства и подзаконных документов по их реализации в общесоматических больницах.

## **НЕЙРОМОТОРНАЯ И ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИИ КАК ПРАВОПОЛУШАРНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Оганесян Н.Ю.**

ГКУЗ ГПБ №6

Санкт-Петербург

Neuromotor and dance/movement therapies as right-hemisphere methods of psychotherapy for patients with schizophrenia in a psychiatric hospital.

**Oganesyan N.YU.**

В 2005 году автором была защищена кандидатская диссертация «Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств» под научным руководством профессора С.А.Кулакова. Профессор Б. Д. Карвасарский активно интересовался ходом работы над диссертацией. Мы докладывали ему этапы работы. Можно сказать, что с лёгкой руки Б.Д.Карвасарского танцевально-двигательная терапия была внедрена в психиатрические стационары Санкт-Петербурга. В 2019 году в постковидное время групповую танцевально-двигательную психотерапию проводить было нельзя. Поэтому была разработана индивидуальная нейромоторная терапия, в основе своей представляющая работу с координацией движений, переходящую в парную с терапевтом кинестетическую эмпатию или индивидуальную танцевальную импровизацию пациента.

Можно сказать, что, в настоящее время мы переживаем сдвиг парадигмы в психотерапии от интрапсихической перспективы одного человека к межличностной перспективе двух человек (и, таким образом, в конечном итоге к интегрированной модели обоих), что происходит в процессе

нейромоторной и танцевально-двигательной терапии. В таких синхронизированных взаимодействиях невербальные механизмы реляционных и эмоциональных терапевтических изменений активируются в диалоге лицом к лицу двух связанных правых полушарий через аффективно активированное интерсубъектное. Происходит сверхбыстрая и следовательно невидимая система связи между двумя (терапевт -пациент) правыми полушариями мозга в психотерапевтических отношениях что говорит об аффективно-сфокусированном модели психотерапии (нейромоторной и танцевально-двигательной).

За последние 5 лет (2019-2023) обследовано 1.500 пациентов с диагнозом F.20.00. Возраст от 30 до 70 лет. Количество госпитализаций от 3-10 и выше. Инвалидность II группа. Появилась возможность пристально отследить особенности координации движений больных шизофренией. У 92,4% было выявлено нарушение мелкой моторики; 56% проблемы в моторном переключении внимания во время упражнений; 47% нарушение координации по органическому типу; 32% нарушение координации по алкогольному типу. 37% нарушение пространственной ориентации.

71% эмоционально-моторное торможение.

Все пациенты получали фармакологическое лечение в соответствии с актуальным состоянием на момент назначения нейромоторной терапии лечащим врачом. Изменения в дозировках фармакотерапии сказывались на состоянии психомоторики пациентов, что зримо отражалось на их координации движений, темпу и ритму упражнений и особенно на концентрации внимания. С каждым пациентом проводились 10 сессий индивидуальной нейромоторной и танцевально-двигательной терапии. Для объективизации результатов использовалась методика «КМСЕ» Рамос Валерио (2018), позволяющая оценить в комплексе коммуникативную, моторную, социальную и эмоциональную составляющие состояния пациентов. Графический вариант методики отражался в истории болезни. При такой правополушарной модели появилась возможность для психиатрии рассмотреть расширение своих клинических моделей, уходя от внимания исключительно к сознательной, вербальной, левополушарной психотерапии и переходить к бессознательной правополушарной и эмоциональной.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СИМПТОМОВ ДИСТРЕССА У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Горнушенков И.Д. Плужников И.В.**

НЦПЗ. Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний  
Москва

Using Acceptance and Commitment Therapy to reduce symptoms of distress in parents of children  
with autism spectrum disorders  
Gornushenkov I.D. Pluzhnikov I.V.

Введение. Родителей детей с расстройствами аутистического спектра (PAC), как правило, испытывают выраженный дистресс, отражающейся как на состоянии их собственного здоровья, так и на качестве детско-родительских отношений, а также на самих опекаемых детях. Причины родительского дистресса, согласно имеющимся данным, обусловлены рядом факторов. Дети с PAC зачастую имеют поведенческие проблемы, затрудняющие детско-родительское сотрудничество при выполнении повседневных дел, например, домашних обязанностей, отхода ко сну, школьных заданий, что негативно оказывается на отношениях между родителями и детьми с PAC (Smirnoff, 2008). Согласно имеющимся данным, у родителей детей с PAC, в отличие от нормотипичных детей, уровень стресса не снижается со временем взросления ребенка, а может даже возрастать (Neece, 2012). При этом поведенческие проблемы у детей и стресс у их родителей имеют двунаправленную связь и могут взаимно усиливать (или ослаблять) друг друга (Neece, Green, Baker, 2012).

Дистресс у родителей детей с РАС может проявляться в виде проблем со сном (Gallaher, 2010), высокого уровня биологических маркеров стресса (Dykens, 2013; Seltzer, 2010), а матери детей с нарушениями нейронального развития, в целом, демонстрируют больше психопатологической симптоматики аффективного регистра в виде симптомов тревоги и депрессии, чем матери нормотипичных детей (Taylor, 2012). На психологическом уровне родители детей с РАС склонны испытывать повышенный уровень вины, стыда и гнева в связи с родительством, а также более пессимистичны в отношении будущего (Poddar, 2015). При этом большинство имеющихся программ помощи направлено на обучение родителей навыкам общения и взаимодействия с ребенком с особенностями развития, и не учитывает значимости их собственного, рассматриваемого индивидуально состояния.

В связи с вышесказанным, дистресс у родителей детей с РАС, с точки зрения задач по поддержанию психического здоровья, оказывается значимым не только сам по себе, но и отражается на психическом здоровье самих детей – что задает актуальность поиска комплексных средств индивидуализированной помощи не только детям с РАС, но и их родителям. Терапия принятия и ответственности (ACT) представляет собой трансдиагностическую психотерапевтическую модель поведенческих изменений, с широким спектром применимости к различным проблемам и расстройствам (Morris, Oliver, 2012), относящуюся к так называемой «третьей волне» когнитивно-поведенческой психотерапии. Одной из ключевых идей ACT составляет обучение навыкам принятия (вместо попыток «борьбы» или избегания) того, что лежит за пределами возможностей контроля (как, например, наличие заболевания у своего ребенка) и, напротив, совершение ответственных действий в отношении того, что можно изменить – чтобы улучшить свое состояние и жизнь, в целом. Показано, что обучение навыкам дистанцирования от болезненных переживаний и принятия неподконтрольного в рамках ACT может достоверно снижать уровень тревоги и депрессии, а также в целом, повышать качество жизни, психологическую гибкость, степень резильентности к стрессовым воздействиям (Хейс и др., 2021). В связи с этим данный метод, являющийся современным и эмпириически подтверждаемым подходом оказывается перспективным в том числе в применении к проблеме родительского дистресса при РАС.

Результаты. На настоящий момент данные исследований немногочисленны. В рандомизированном исследовании A. Hans с соавторами (2019), включившим 18 родителей детей с расстройствами аутистического спектра (9 в экспериментальной и 9 в контрольной группе), продемонстрировано значимое снижение уровня депрессии ( $d=1,01$ ), а также улучшение таких психологических процессов, оценивающихся в ACT, как способность к когнитивному разделению ( $d=0,83$ ), т.е. улучшение способности к дистанцированию от болезненных переживаний, а также увеличение осознанности ( $d=1,29$ ), т.е. способности оставаться в настоящем моменте вместо погружения в тревогу о будущем или сожаления о прошлом. Данный результат был показан за 2 двух часовые сессии, что делает его особенно примечательным.

В другом исследовании (Joekar et al., 2016), с соизмеримой интенсивностью вмешательства, включившим 24 пациента, разбитым на две равные группы, также было показано снижение уровня депрессии, однако не такое значительное ( $d=-0,32$ ), в то же время уровень тревоги, стресса и качества жизни остались без изменений.

10-недельный курс групповой терапии в ACT модальности показал значимое снижение выраженности депрессивных и тревожных симптомов, а также улучшение качества жизни (Poddar et al., 2015).

Таким образом, существуют некоторые доказательства того, что ACT положительно влияет на родительский стресс и выраженность симптомов депрессии у родителей, однако на настоящий момент данные остаются достаточно противоречивыми (Byrne et al., 2020). При этом в большинстве исследований подчеркивают положительные изменения в способности к когнитивному разделению с болезненными переживаниями и принятием, но в то же время в некоторых исследованиях отмечается отсутствие изменений.

# АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ЭПИЛЕПСИИ.

Хаятов Р.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет  
Кафедра Психиатрии, медицинской психологии и наркологии  
Самарканд

Features of the course of anxiety-depressive and personality disorders in the structure of epilepsy.  
Hayatov R.B.

### Актуальность

исследования

Эпилепсию нередко сопровождают аффективные и поведенческие нарушения, состоящие из депрессии, тревоги, психотических расстройств. Нарушения личностного спектра (ЛР) чаще встречаются у людей, страдающих долгий период (как правило, с раннего детства) и не имеющих положительного клинического результата от противосудорожных средств (ПСС). Это преморбидное расстройство оказывает плохое влияние на качество жизни больных. При правильно выбранных ПСС в монотерапии или в адекватной полiterапии ремиссия эпилепсии достигается только у 50–70% больных. В то же время у 30–50% больных начинает развиваться фармакорезистентная эпилепсия (ФРЭ). Преморбидные расстройства при эпилепсии представляют собой обширную гетерогенную группу различных состояний, большинство из которых являются психическими заболеваниями (расстройство личности, деменция, депрессия, тревожные

расстройства, психозы).

Аффективные расстройства, тревожные расстройства, личностные расстройства, психозы, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и расстройства аутистического спектра часто диагностируются вместе с эпилепсией как преморбидные заболевания. Ряд специалистов считают психические и поведенческие расстройства осложнениями эпилепсии, а другие ученые продемонстрировали двустороннюю направленность причинно-следственной связи между ними. Цель исследования - изучить сопутствующую патологию эпилепсии и тревожных, депрессивных, личностных расстройств у молодых мужчин и изучить особенности влияния этого заболевания на качество жизни пациента.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании приняли участие 60 мужчин в возрасте 18-44 лет. Согласно классификации ВОЗ, все испытуемые относились к группе молодых людей. Средний возраст пациентов составил  $33,90 \pm 2,12$  года.

Мужчины со значительной соматической патологией, острой и хронической, в том числе опухолями головного мозга, острыми черепно-мозговыми травмами и острыми инфекционными заболеваниями различной этиологии в исследование не включались. Исследование включало нейропсихологическое тестирование с использованием опросника качества жизни при эпилепсии-31 (QOLIE-31), мини-обследования психического состояния (MMSE) и Международного обследования расстройств личности (IPDE), основанного на Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам-5, опроснике тревожности по признакам состояния (STAII), шкала оценки клинической деменции (CDR) (Morris J.C., 1993), шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS). В качестве методов скрининга использовались электроэнцефалография (ЭЭГ), ЭЭГ-видеомониторинг.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования интерпретация показателей 60 пациентов (100 %) по QOLIE-31 показал, что 11 пациентов (18,3 %) оценили свое качество жизни как очень низкое. Низкие и средние данные

качества жизни были определены у 18 (30 %) и 21 (35 %) больных соответственно. У 10 (16,7 %) пациентов уровни были в диапазоне оптимального качества жизни. Результаты высокого качества жизни определены не были. Руководствуясь Международной классификацией эпилепсии и эпилептических припадков, все пациенты были подразделены в зависимости от формы эпилепсии.

По причине возникновения структурная эпилепсия была определена у 31 больного (51,7 %), инфекционная эпилепсия — у 17 (28,3 %) и эпилепсия генуинная — у 12 (20 %). Продолжительность болезни ( $M \pm SD$ ) получилась в среднем  $12,6 \pm 4,3$  лет. В данной группе больных в большинстве своём эпилептические приступы с очаговым генезом, что имеет связь с генерализованностью местных очаговых воздействий в головном мозге. Часть приступов с генерализованным началом была ощутимо меньшей. Тем не менее на адекватную терапию эпилепсии, у исследованных больных в большинстве отмечались частые и умеренные приступы (54 и 36 % соответственно), и только у 10 % были редкие приступы (рис. 2). Что определяло, что в этой группе превалировала длительная (в среднем  $12,6 \pm 4,3$  года) фармако-резистентная эпилепсия. У подавляющего числа больных, принимавших участие в данном исследовании, были выявлены непсихотические психические расстройства в виде тревоги, беспокойства о состоянии своего здоровья и занижения уровня самоценивания. Личностная и ситуативная тревожность определялась по средству STAI, средний балл которой  $56,7 \pm 0,45$  балла. Что само по себе, определяло, что большинство больных были высокотревожными личностями, с тенденцией интерпретировать угрозу своей самооценке и жизни в обширном уровне случаев и отвечать на нее очень высоким уровнем тревожности. Часто встречающимся непсихотическим расстройством у больных с эпилепсией считается личностное органическое расстройство. В становлении нарушений ведущая роль относится к реакциям индивидов на отношение окружающих, в том числе принятию факта своего заболевания и относящихся к ним дефектам [1]. С. Ваксман и Н. Гешвинд [10] определили эти симптомы девиации поведения при эпилепсии, как эмоциональная гиперэстезия, перфекционизм, излишняя религиозность, уменьшение сексуальной активности и гиперграфия. Авторы определили данное состояние как синдром интериктального поведения, в последствии переименованный в психиатрической литературе на синдром Гасто-Гешвина. Анализ по шкале IPDE выявил, наличие органического расстройства личности у 44 пациентов (73,3%), вызванного эпилепсией. Незначительные когнитивные изменения и деменция нередко встречались у пациентов с комбинированной фокальной и генерализованной эпилепсией, а пациенты с фокальной и невыясненной формой эпилепсии часто испытывали умеренные когнитивные расстройства. Односторонние, в большинстве случаев височные, очаги активности на ЭЭГ с различным расположением в головном мозге были типичны для пациентов с легкими когнитивными нарушениями. Преобладающими ритмами были: альфа с дельтой — 15 %, тета — 9 %, альфа — 28 %, бета-1 — 30 %, бета-2 — 18 %. ЭЭГ больных с умеренными когнитивными нарушениями характеризовалась дезорганизацией, гиперсинхронизацией электрической активности и повышенной медленноволновой активностью. Доминирующими ритмами были: тета с дельтой — 26 %, тета — 32 %, альфа — 18 %, бета-1 — 14 %, бета-2 — 10 %. Когнитивные нарушения коррелируют со снижением быстроволновой активности в лобной и теменной областях головного мозга ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ). В то же время нарушается память, поскольку лобные и теменные области вовлечены в пассивные процессы хранения и припоминания информации. Депрессия является наиболее распространенным сопутствующим расстройством, наблюдаемым у лиц с эпилепсией. Эти пациенты сталкиваются со многими психосоциальными проблемами в течение своей жизни [7]. Действие противосудорожных препаратов, в том числе нейробиология самой эпилепсии существенно влияют на этиологию депрессии у лиц с эпилепсией. У таких

пациентов значительно повышен риск возникновения суицидальных мыслей и представлений о самоубийстве. Снижение качества жизни также приводит к расстройствам настроения и, как следствие, к депрессии.

Анализ данных 60 человек с использованием HDRS показал, что легкие депрессивные расстройства наблюдались у 24 (40 %) человек, умеренные — у 16 (27 %), а тяжелые депрессивные расстройства — у 20 (33 %) пациентов. Выводы

1. Данное исследование показывает полиморфизм непсихотических психических нарушений, ассоциированных с диагнозом эпилепсии. Нередко преморбидные состояния ухудшаются, и их воздействие на здоровье и качество жизни больного становится наиболее существенным по сравнению с эпилепсией.

2. Определено, что с увеличением длительности заболевания у больных молодого возраста с очаговыми припадками весьма обостряются негативные аффективные и личностные компоненты реагирования к болезни в виде неврастенических, меланхолических, апатичных и эгоцентрических проявлений. У большинства пациентов было лично органническое расстройство. 3. Легкие депрессивные расстройства преобладали у молодых мужчин. Глубина проявлений депрессии коррелировала с длительностью заболевания ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ), интроверсией ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ).

# ШИЗОФРЕНИЯ

**Семейная психотерапия в реабилитации шизофрении**

**Мадорский В.В.**

Family therapy in the rehabilitation of schizophrenia

Madorsky V.V.

Центр "Надежда" Мадорского В.В.

г. Ростов-на-Дону

"В большинстве современных руководств написано: «Наиболее частым исходом шизофрении является очередное обострение с нарастающим резидуальным дефектом между эпизодами». Однако уже давно известно, какую большую роль в этом неблагоприятном прогнозе играют не только биологические, но и психогенные, а также социальные факторы. Благодаря внедрению психообразования мы предвидим день, когда диагноз шизофрении в соответствии с классификацией МКБ будет характеризовать её не как заболевание, обычное течение которого — «нарастание дефекта между эпизодами», а как «болезнь, типичное течение которой при должном лечении и реабилитации — повышение со временем уровня социально-трудовой адаптации». Каким же образом можно этого добиться?

В основе психических нарушений при шизофрении, как это установил ещё Блэйлер, лежит расстройство мотивационных процессов, вследствие чего пациент не занимается тем, чем следовало бы, и стереотипно погружается в повторяющиеся неадекватные эмоции, мысли и действия. Но мотивация бывает не только внутренней, но и внешней, со стороны окружающих. Адекватный психообразований подход при шизофрении подразумевает, кроме, естественно, грамотно подобранный психофармакотерапии для коррекции нейромедиаторных нарушений, перестройку отношений в микросоциальном окружении больного таким образом, чтобы близкие научились эффективно блокировать его неадекватное поведение и подталкивать пациента к набору опыта и навыков, необходимых для его социально-трудовой адаптации.

Поэтому при выраженных нарушениях психики или серьёзной социально-трудовой дезадаптации на фоне эндогенных заболеваний по-настоящему эффективная реабилитация возможна только опираясь на микросоциальное окружение – как правило, на семью. В наиболее тяжёлых ситуациях им этим саногенным социумом временно становится психиатрический стационар, но по выходу из него пациент снова возвращается в семью. Поэтому важнейшей задачей реабилитации становится интеграция поддерживающей психофармакотерапии, семейной терапии и психообразования.

Знакомясь со всяkim новым случаем шизофрении, попавшим в поле нашего внимания, необходимо в первую очередь задаться вопросом: «А кто здесь НА САМОМ ДЕЛЕ пациент?» Наши пациенты живут, как правило, в весьма своеобразном микросоциальном окружении, которое, с одной стороны, помогает им справляться с жизненными трудностями, а с другой – часто ещё глубже затягивает в болезненные формы реагирования. Поэтому, знакомясь с новым пациентом, врачу следует по умолчанию иметь в виду, что истинным пациентом является всё микросоциальное окружение больного, даже тогда, когда пациент утверждает, что в семье у него всё хорошо или он совершенно одинок. Более того, формально совершенно нелепое поведение человека может оказаться совершенно психологически понятным с учётом непростой семейной ситуации.

Ещё стоит избавиться от иллюзий, что, даже владея техникой исследования семьи больного в самой превосходной степени, мы сможем на первом же сеансе подробно разобраться в том, что там происходит. Сплошь и рядом самые интересные скелеты в семейных шкафах начинают обнаруживаться только через несколько месяцев работы, и специалист должен быть к этому готов. Поэтому, начиная работу с шизофренией следует, в первую очередь, честно осознавать свои цели и по возможности открыто проговорить их с родственниками и больным, если он способен это адекватно воспринимать: мы действительно собираемся заниматься полноценным лечением шизофрении, либо оказываем краткосрочную сиюминутную помощь?

Оказывая краткосрочную помощь, следует оценить психический статус и соматическое состояние пациента, проанализировать их в рамках той концепции психиатрии, в которой работает данный специалист и его лечебное учреждение, назначить соответствующее медикаментозное лечение, а также, возможно, короткую, в первую очередь, когнитивно-поведенческую психотерапевтическую интервенцию. Также необходимо провести психообразовательную работу, объяснив больному и его родственникам, что необходимо сделать, чтобы победить болезнь. В этих ситуациях мы должны быть подобны урологам больницы скорой помощи, снимающим острые явления почечной колики, дающим пациентам явное облегчение, но объясняющим: полноценное лечение мочекаменной болезни – это совсем другое...

.Принципиально важной составляющей психообразования является развеивание мифа о какой-то исключительной непознаваемости и неизлечимости шизофрении. Суть её патогенеза можно в доступной форме объяснить на модели другого заболевания, например, гипертонии. Это изрядно примитивизированное объяснение нередко очень хорошо развеивает страх перед эндогенным заболеванием, настраивая больного и его родственников на конструктивное взаимодействие с врачом.

Наиболее частой ситуацией в лечении шизофрении является та, когда пациент находится в созависимых отношениях со своими близкими и материально, а также эмоционально зависим от них. Поэтому целью первого этапа работы, как правило, является обучение членов семьи совместно справляться с имеющимися проблемами. Огромную роль играет здесь психообразовательная работа с подробным объяснением особенностей течения болезни, основных принципов медикаментозной терапии и оказания первой помощи при обострениях. Кроме того, важно заранее проговорить с родственниками основные принципы профилактики суицидов и общественно опасных действий. Совершенно необходимо как можно быстрее по стабилизации состояния пациента его приобщение к труду, в идеале – в трудовом коллективе за пределами его семьи, с обучением постоянному поиску новой работы даже тогда, когда пациента вполне устраивает его нынешнее рабочее место. Иначе всегда есть опасность затяжного срыва компенсации при неожиданном возникновении проблем на работе.

Часто возникает ситуация, когда по миновению острого состояния пациент и его родственники как можно быстрее требуют прекратить приём медикаментов – «ведь уже всё хорошо, а пить таблетки вредно, и я чувствую, что могу справиться без них, я три дня не пил – и ничего не изменилось». В этом случае следует объяснить больному и членам его семьи, что главной задачей на этапе реабилитации является не быстрое прекращение лечения, а скорейшее освоение всех навыков, которые должны быть усвоены пациентом в его возрасте, и будет лучше, если эти навыки больной будет осваивать под прикрытием лекарств и регулярной психотерапии. Одна из задач психиатра в данном семейном психообразовательном процессе – помочь больному и родственникам научиться разбираться: какие из его симптомов обусловлены биологическим процессом и требуют лекарственной коррекции, а какие – психогенно обусловлены и требуют изменения стиля жизни, выхода на работу, вмешательства психотерапевта. Также важно, чтобы

психиатр научил пациента и членов семьи самостоятельно справляться с декомпенсациями эмоционально-волевого состояния в самом их начале. «Больной имеет право сходить с ума не более 2 часов» – иначе требуется принять дополнительную таблетку или сделать соответствующий укол! Этот простой, «фельдшерский» подход, будучи использован в первые часы начинающегося обострения, часто помогает оборвать начинающийся приступ, который в дальнейшем может потребовать месяцев лечения.

Работая же с относительно личностно зрелыми и социально адаптированными пациентами с малой прогредиентностью биологического эндогенного процесса, допустимо на первое место ставить клиент-центрированный подход на фоне мягкой поддерживающей психофармакотерапии. . Во время активной психотерапии в среднем мы встречались с пациентами 1 раз в неделю, в период ремиссии – 1 раз в месяц, со стабильными, социально адаптированными больными с хорошим лекарственным комплайенсом, нуждавшимися преимущественно в наблюдении – 1 раз в 3 мес.

Использование подобного подхода на протяжении длительного – не менее года – процесса реабилитации позволяет, по нашим данным, сократить частоту повторных госпитализаций до 11,5% и увеличить процент возвращавшихся к труду больных до 88,5%, что делает его крайне перспективным."

## **ПРИЕМЛИМОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VR-ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Лутова Н.Б., Шабельник А.В., Герасимчук Е.С., Хобейш М.А., Васильева В.Ю.,  
Генералова Д.Д., Сорокин М.Ю.**

ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева Минздрава России  
г. Санкт-Петербург

Acceptability and safety of using VR technologies in patients with schizophrenia spectrum disorders.  
Natalia B. Lutova, Anton V. Shabelnik, Ekaterina S. Gerasimchuk, Ulia V. Vasilieva, Diana D. Generalova, Mikhail Yu. Sorokin

### **Актуальность.**

Технологии виртуальной реальности (VR) становятся перспективным направлением для лечения психических расстройств (Фрейзе В.В и др., 2021). Существуют данные об эффективности применения VR в терапии тревоги (Latoschik M.E. et al. 2018) стресса (Brelet L et al., 2022) и ангедонии (Chen K et al., 2021), а так же у пациентов с шизофренией (Craig T.K. et al., 2017). Однако вопросы приемлемости и переносимости таких технологий у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) остаются недостаточно изученными. Несмотря на современные данные, в частности, существует недостаток исследований, определяющих, как индивидуальные клинико-психопатологические, психологические и физиологические особенности пациентов могут влиять на восприятие VR-среды и частоту побочных эффектов, таких как кибер-болезнь. Исходя из этого, целью пилотного исследования стала оценка приемлемости и безопасности использования VR-технологий у лиц с расстройствами шизофренического спектра (РШС).

### **Материалы и методы.**

В исследовании приняли участие 13 стационарных пациентов ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева с верифицированным диагнозами из рубрики F2 (F20.006 – 7 пациентов, F20.004 – 3 пациента, F20.3 – 2 пациента, F21.4 – 1 пациент), согласно МКБ-10, находящихся на этапе становления ремиссии, без обострения соматических заболеваний. Выборку составили 6

женщин, 7 мужчин в возрасте 26[11] лет. Каждый испытуемый прошел 6 VR-сессий «Девирта Антиболь» в течение 14–18 дней с интервалами не более 2 дней.

Для оценки уровня приемлемости использования метода применялись опросники: Presence Questionnaire (PQ) (Bob G. et al,1998), Immersive Tendencies Questionnaire (ITQ) (Bob G. et al,1998). Для оценки переносимости и безопасности: опросник Симуляторные расстройства (SSQ) (Ковалев А.И. и др., 2015), шкала позитивного и негативного аффекта (PANAS) (Осин Е.Н., 2012), опросник SCL-K-9 (Золотарева А.А., 2022) и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Андрющенко А.В. и др., 2003).. Фиксировались вариабельности систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), частоты дыхательных движений (ЧДД) и сатурация (SpO<sub>2</sub>) до и после проведения VR-сессии, как косвенные показатели физиологических реакций. В качестве меры эффективности и безопасности использовались симптоматический. Для статистического анализа использовалось свободное программное обеспечение jamovi версия 2.6.17. Меры центральной тенденции отражались в виде медианы (Me) и межквартильного размаха [IQR]. Дисперсионный анализ повторных измерений проводился при помощи методы Фридмана с попарным сравнением Дурбин-Коновер.

#### Результаты.

По результатам продолжающегося пилотного этапа исследования к 6 сеансу половина участников имели высокие показатели присутствия и тенденции к погружению в среду (баллы выше медианных по результатам оценки PQ и ITQ).

Показатель киберболезни не имел достоверной разницы между 1 и завершающим сеансами, однако, также половина пациентов на момент завершения своего участия в исследовании сообщали о симптомах киберболезни (был SSQ выше медианного значения). Выраженность психопатологической симптоматики участников (SCL-9) на всем протяжении VR сессий также не имела статистической значимости (оценка до начала исследования: 7 [10]; 6 сеанс: 5,5 [2,25]; p=0.389). Уровень тревоги (HADS) после VR сессии достоверно снизился (1 сеанс: 50 [8]; 6 сеанс: 3 [8]; p=0,053). Уменьшилась разница в показателях депрессии (HADS) до и после VR-сессии (1 сеанс: 1,0 [2]; 6 сеанс: 0 [2]; p=0,002). Уровень негативного аффекта (PANAS) после VR-сессии снизился к 4 сеансу (2-й сеанс: 17,5 [6,5]; 4 сеанс: 15,5 [4,25]; p=0,055). Уровень позитивного аффекта (PANAS) после VR сессии достоверно повысился к 4 сеансу (2-й сеанс: 30,5 [8,75]; 4 сеанс: 34,5 [10]; p=0,045).

Вариабельность САД после VR сессии достоверно изменился с 1 по 3 сеанс (1-й сеанс: -1,5 [11,8]; 3 сеанс: 4,5 [10,3]; p=0,051) и с 3 по 5 сеанс (3-й сеанс: 4,5 [10,3]; 5 сеанс: -3,5 [7]; p=0,007). Вариабельность ДАД после VR сессии изменилась: 2-й сеанс: -2,5 [8,5]; 3 сеанс: 3 [6,75]; p=0,014; 3-й сеанс: 3 [6,75]; 6 сеанс: 0 [7,5]; p=0,054. Также была обнаружена тенденция к изменению вариабельности ЧДД в начале VR сессии и после: 1-й сеанс: -0,5 [1]; 3 сеанс: 1 [1]; p=0,062. Вариабельность SpO<sub>2</sub> после VR сессий показала несколько промежуточных изменений. Со 2 по 3 сеанс (2-й сеанс: 0 [1,25]; 3 сеанс: 0,5 [1,25]; p=0,025). Со 3 по 6 сеанс (3-й сеанс: 0,5 [1,25]; 6 сеанс: 0 [1,25]; p=0,025). Со 2 по 4 сеанс (2-й сеанс: 0 [1,25]; 4 сеанс: 1 [1]; p=0,052). Со 4 по 6 сеанс (4-й сеанс: 1 [1]; 6 сеанс: 0 [1,25]; p=0,052).

#### Выводы.

Половина участников показали высокий уровень присутствия и погружения в виртуальную среду.

Предварительные пилотные данные показали возможность использования VR-технологий у пациентов с РШС, что подтверждается отсутствием нарастания симптомов киберболезни, изменением аффекта, отсутствием усиления психопатологической симптоматики и зафиксированным снижения изменения тревоги в ответ на использование метода, вероятно, за

счет механизма обучения и врабатываемости. Данные психометрических инструментов также были подтверждены и изменениями в физиологических показателях.

Высокая адаптация к VR подтвердила перспективность технологии как безопасного и персонализируемого инструмента для психиатрической практики.

# НАРКОЛОГИЯ

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА МОТИВАЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ, ПСИХОТЕРАПИЮ И РЕАБИЛИТАЦИЮ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., Казаков А.А., Утеулина О.Т., Александров П.К.,  
Воробьева Т.В., Сирота Н.А.

НОЧУ "МУППИ", МРО ОО "РОП", ФГБОУ ВО «РосУниМед» Минздрава России, ООО  
"Клиника РОСА", ГБУЗ "ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева" и ГБУ "СД "Нагатино-Садовники" ДЗ и  
ДТиСЗН  
Москва

Clinical psychodiagnostics of motivation for treatment, psychotherapy and rehabilitation in individuals  
with mental disorders and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substance  
Kolpakov Ya.V., Yaltonsky V.M., Kazakov A.A., Uteulina O.T., Aleksandrov P.K., Vorob'eva T.V.,  
Sirota N.A., Rozanov D.S.

Актуальность, история и цель. Первое упоминание о мотивации к лечению у лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (F10-F19 по МКБ-10) относится к диссертации Д.И. Громуко (2002), выполненная под научным руководством Б.М. Гузикова, который с соавт. (1986) определил место психологов в наркологии [2, 3]. Автор методически опирался и на интервьюирование пациентов частичным привлечением фрагментов «Опросника самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» R. Goldbeck et al. (1997), которая будет позднее адаптирована В.М. Ялтонским и апробирована в выполненной под его научным руководством в диссертации Я.В. Колпакова (2009а,б, 2010), хотя её истоки лежат в «Шкале самоэффективности воздержания от употребления алкоголя» C.C. DiClemente et al. (1994) [4-6, 9, 10]. Также адаптацию и апробацию авторами прошли «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA) E.N. McConaughy et al. (1983) и «Шкала готовности к изменению зависимости от алкоголя поведения и стремления к лечению» W.R. Miller и J.S. Tonigan (1996) [11, 12]. Ялтонский В.М. (2009) предложил модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ, теоретико-методологической основой которой являются теория деятельности (Леонтьев А.Н., 1975), концепция внутренней картины болезни (Николаева В.В., 1987), представления о механизмах и структурных составляющих мотивации достижения (Хекхаузен Х., 1986), о саморегуляции психической деятельности в норме и патологии, указанных ранее, теория совладающего с болезнью поведении лиц, зависимых от психоактивных веществ (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2008), а также теория самодетерминации и теория внешней мотивации (Deci E.L., Ryan R.M., 2002), когнитивная модель стресса и копинга (Lazarus R.S., 1966), теория самоэффективности (Bandura A., 1997), модель изменения поведения по стадиям (Prochaska J.O. et al., 1992). Опираясь на это П.К. Александров и А.А. Казаков под научным руководством Я.В. Колпакова и соавт. (2012, 2013) адаптировали «Опросник мотивации на психотерапию» (FPTM-39, Nübling R. et al., 2001) и «Опросник мотивации на реабилитацию» (PAREMO-20, Nübling R. et al., 2001), а клинические психологи И.Н. Абросимов и О.Т. Утеулина провели их отсроченную проверку на надёжность. Все исследования проводились на пациентах Клинического филиала №2 ГБУЗ «МНПЦ наркологии» ДЗ г. Москвы, подписавших добровольное информированное согласие [7, 8]. Исследования были одобрены на заседаниях кафедры клинической психологии факультета клинической психологии и Учёного совета НОИ

институт социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова, Проблемной комиссии по медицинской психологии (зав. кафедрой, декан факультета, председатель Проблемной комиссии – профессор Н.А. Сирота), утверждены Локальным этическим комитетом ныне ФГБОУ ВО «РосУниМед» Минздрава России как соответствующие ГОСТ Р 52379-2005, международному протоколу GCP и Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1964, ред. 2008) [1, 15, 16]. Цель исследования в анализе результатов адаптации и апробации новых психоdiagностических инструментов оценки мотивации на лечение, психотерапию и реабилитацию у лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ.

Результаты (резюме) исследования. Всего в ходе ряда исследований 2009-2024 гг. были обследованы 60 мужчин с синдромом зависимости (30 от алкоголя, 30 от опиоидов), 180 женщин с синдромом зависимости (150 от алкоголя, 30 от опиоидов), 30 фенотипически здоровых в отношении синдрома зависимости мужчин и 60 женщин. Были адаптированы и апробированы методики для оценки их мотивации на лечение, психотерапию и мотивацию, которые показали высокую внешнюю и внутреннюю (конструктивную согласованность и ретестовую надёжность) валидность.

Заключение и выводы. Клиническая психоdiagностика мотивации на лечение, психотерапию и реабилитацию у лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ. Адаптированные и апробированные психоdiagностические инструменты могут быть рекомендованы к внедрению в практику.

## АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И КОГНИТИВНАЯ КОПИНГ-ТЕРАПИЯ

Воеводин И.В., Бохан Н.А.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Г. Томск

Alcohol dependence: psychological aspects of formation and cognitive-coping therapy  
Voevodin I.V., Bokhan N.A.

"В патогенезе алкогольной зависимости, наряду с биологическими и социальными факторами, важнейшее значение имеют факторы психологические, обуславливающие как процесс формирования расстройства, так и терапевтическую тактику. Традиционно исследовательский интерес в данном вопросе сконцентрирован на характерологических особенностях пациентов и мотивациях потребления алкоголя.

В рамках данного исследования были рассмотрены факторы иррациональных когнитивных установок и копинг-реагирования. Исследование базировалось на схеме формирования алкогольной зависимости: ситуация, провоцирующая употребление алкоголя – неадекватная оценка ситуации вследствие наличия иррациональных когниций – неадаптивный копинг (алкоголизация). Адекватность оценки провоцирующих ситуаций влияет на их субъективную значимость и определяет весь процесс последующего реагирования – как на эмоциональном уровне, с возможным формированием выраженных и стойких эмоциональных нарушений, так и на уровне поведенческом, в том числе с возможными аддиктивными паттернами реагирования. Для исследования иррациональных когнитивных установок использовался опросник «Personal Beliefs Test» (H. Kassinove, A. Berger, 1988) с приложением НИИ психического здоровья, 2015. Подход к исследованию копинга базировался на методике E. Heim, рассматривающей копинг как адаптивное и неадаптивное реагирование в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. При этом, учитывая относительность традиционных критериев адаптивности, разработанных для угрожающих жизни стрессовых ситуаций и не вполне соответствующих

ситуациям повседневного стресса (Воеводин И.В., 2004), интерпретация результатов проводилась по авторской методике (Воеводин И.В., 2011), по модульно-векторной модели, выделяющей 9 модулей, с адаптивными и неадаптивными векторами в каждом модуле. В первом этапе исследования, посвященном обоснованию психотерапевтического компонента в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, приняли участие 105 пациентов с алкогольной зависимостью и 45 здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Во втором этапе, связанном с оценкой эффективности разработанного вмешательства, участвовали 60 пациентов, по 30 в экспериментальной группе (с включением когнитивной копинг-терапии) и в группе плацебо (психотерапевтический компонент был представлен только психологическим консультированием, обсуждением результатов психологического исследования, и мотивационной терапией).

Было установлено, что пациенты с алкогольной зависимостью отличаются широким спектром как иррациональных когнитивных установок, так и неадаптивных способов реагирования на стрессоры. В структуре когнитивной иррациональности наибольшее значение (на уровне различий с контрольной группой при  $p < 0,0001$ ) имели установки неспособности к отсроченному гедонизму и низкой фрустрационной толерантности. При уровне статистической достоверности  $p < 0,001$  выявились иррациональные установки долженствования в отношении других, склонности к неоправданному риску, внешнего локуса контроля и долженствования в отношении себя. Статистическая достоверность различий с контрольной группой на уровне  $p < 0,05$  была выявлена для установок катастрофизации и оценочного дихотомического мышления. Неадаптивный копинг-стиль пациентов с алкогольной зависимостью формировался в первую очередь за счет неадаптивных способов отвлечения от стрессовой ситуации и склонности к пессимистическому прогнозу. Далее, в порядке убывания значимости, была определена неадаптивность модулей способности к делегированию ответственности за разрешение сложных жизненных ситуаций, эмоционального реагирования на стрессоры, рациональной оценки ситуаций и способности к их принятию при невозможности изменить. Таким образом, была обоснована когнитивная копинг-терапия, как методика психотерапевтического вмешательства, предполагающая персонифицированную рационализацию когнитивных установок, взаимосвязанную с повышением адаптивности стресс-реагирования.

Эффективность включения когнитивной копинг-терапии в лечебно-реабилитационный комплекс пациентов с алкогольной зависимостью была оценена путем двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования. Рандомизация осуществлялась путем включения пациентов в ту или иную подгруппу с помощью генератора случайных чисел. В основную (экспериментальную) подгруппу вошло 30 человек с алкогольной зависимостью (23 мужчины и 7 женщин). Контрольную (плацебо) подгруппу составили также 30 пациентов (26 мужчин и 4 женщины). Пациенты не имели сведений о своей принадлежности к подгруппе исследования. Обследование пациентов перед началом терапии (точка 0) проводилось основным исследователем, в контрольных точках (точка 1 – на момент окончания терапии, точка 2 – через 2 недели после завершения терапии и точка 3 – через 4 недели после завершения терапии) – врачами психиатрами-наркологами, не участвовавшими в терапии и также не имевшими сведений о принадлежности обследуемого к основной подгруппе или подгруппе плацебо (двойное ослепление). В контрольных точках поддержание ремиссии у пациентов подтверждалось контролем алкоголя в выдыхаемом воздухе. В контрольных точках были оценены показатели Шкалы общего клинического впечатления, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale), Квантифицированной шкалы комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии и Пенсильванской шкалы

влечения к алкоголю. Были установлены статистически достоверные различия между экспериментальной группой и группой плацебо в отношении показателей тревоги по шкале HADS, общего балла Квантифицированной шкалы (во второй и третьей контрольных точках), показателя влечения к алкоголю (в третьей контрольной точке, при статистической сопоставимости других исследованных показателей. В результате проведенного регрессионного анализа данных, полученных в исследовании, предложена математическая модель предполагаемой эффективности применения когнитивной копинг-терапии, основанные на клинико-психологических показателях пациентов. Приведенная модель призвана предсказать вероятность эффективного вмешательства с целью определения лечебно-реабилитационной тактики в каждом конкретном случае (целесообразность назначения методики, поиск путей повышения эффективности, изучение возможностей применения других терапевтических методик при низкой вероятности ожидаемого эффекта). Согласно разработанной модели, предикторами эффективности вмешательства с использованием методики когнитивной копинг-терапии определены выраженность депрессивной симптоматики (по шкале HADS) и низкая амбивалентность отношения к алкоголю (по шкале SOCRATES – The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale).

Таким образом, в результате проведенного исследования была обоснована целесообразность включения методики когнитивной копинг-терапии в лечебно-реабилитационный комплекс пациентов с алкогольной зависимостью, оценена эффективность данной методики и определены предикторы данной эффективности."

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ СО ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМИ АЛКОГОЛЕМ МУЖЧИНАМИ**

**Шарипова Р. Р.**

КГМУ

г. Казань

Specific treatment and rehabilitation for women with behavioral disorders suffering from alcoholism and living with alcohol abusing-men.

Sharipova R. R.

"В современной научной и в научно-популярной литературе активно обсуждается проблема женщин, больных алкоголизмом, проживающих с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью [1]. Это объясняется многочисленными медико-социальными-экономическими последствиями[2], возникающими в данных семьях. Предполагается, что взаимоотношения с зависимым от алкоголя супругом подразумевает определенные патопсихологические характеристики у данных женщин [3], которые имеются уже до вступления в эти отношения, либо формируются в процессе взаимодействия с данным типом партнера [4]. Вместе с тем, возникновение, формирование, течение алкоголизма и его влияние на расстройства поведения у женского контингента исследованы недостаточно [5]. Изучение клинико – психопатологических особенностей расстройств, истоков их формирования является актуальным в плане медикаментозной и психотерапевтической коррекции с применением специфических подходов.

Особое значение имеет комплексный подход в лечении данного контингента женщин, а также оказание помощи их семьям.

Статистика показывает увеличение количества больных алкоголизмом женщин, проживающих с зависимым от алкоголя мужчинами. Известно, что расстройства поведения коморбидны групповому алкоголизму.

Цель: Изучение особенностей лечения и реабилитации женщин больных алкоголизмом, с расстройствами поведения, проживающих со злоупотребляющими алкоголем мужчинами

**Материал и методы:** В данном исследовании приняли участие 150 женщин, страдающих алкогольной зависимостью с расстройствами поведения, проживающие с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем. На момент обследования данные женщины находились на стационарном лечении. Критерий исключения: возраст до 18 лет, наличие эндогенного расстройства, интеллектуальная недостаточность, либо снижение. В работе применялись клинико-психопатологический метод- анкетирование и интервьюирование, статистический и экспериментально-психологический.

**Результаты исследования:** Средний возраст обследуемых больных  $36,8 \pm 10,3$  года. Стаж заболевания –  $5,28 \pm 8,44$  лет. Частота госпитализаций –  $3,3 \pm 3,7$ .

Было выявлено, что у 87 женщины алкоголизмом страдал отец, у 45- мать, у 26- оба родителя одновременно, у 27 женщин-сиблинги. В 126 случаев в родительской семье употребляли алкоголь «по традиционным праздникам» - от одного до нескольких дней.

Расстройства личности встречались: эмоционально-неустойчивое у 23 % исследуемых, истерическое - 5% больных. Акцентуация характера - наблюдалась у 3/4 больных, из них цикloidный в более 31% случаев, истероидный - 29%, гипертимный тип -15%, неустойчивый - 23%, шизоидный - 2%.

В анамнезе имели: сексуальное насилие 15 чел. (10%), смерть близкого человека 39 чел. (26%), потеря имущества 15 чел. (10%), несчастная любовь 27 чел. (18%), тяжелая болезнь (инвалидизация) 1 чел. (0,6%), болезнь близкого 12 чел. (8%). 78 чел. (52%) отнесли к факторам психической травматизации измену, побои, нестабильность семейных отношений. На вопрос, имели ли эти события значения в употреблении алкоголя, «несомненно» ответили 43%, «в какой-то степени» - 47%, «не имели» - 10%.

Поступивших по направлению врача скорой медицинской помощи - 50% (75 чел.), по направлению районных психиатров-наркологов 32% (48 чел.), по самообращению 14%(21 чел.), по постановлению суда 4% (6 чел.). Среди поступивших в наркологический диспансер с диагнозом синдрома отмены с алкогольным делирием 10% (15чел.). Выявлено, что у 26% (26 чел) имелись самопорезы на предплечьях с различными сроками давности. Большая часть, поступающих по самообращению отмечали, что были вынуждены обратиться за помощью в силу обстоятельств.

В соответствии с поставленной целью были выделены различные виды психотерапевтической помощи данным женщинам в зависимости от расстройств поведения и акцентуаций личности. Проведению психокоррекции предшествовала дезинтоксикационная, симптоматическая терапия согласно стандарту лечения больных алкоголизмом в зависимости от выявленных нарушений. Использовались транквилизаторы современные нейролептики и антидепрессанты, с последующим присоединением нормотимиков, так как в структуре нарушений присутствовали поведенческие и эмоциональные нарушения. Проведение психотерапии было поэтапным.

Психокоррекция сопровождалась приемом препаратов (в основном, нейролептиков, нормотимиков, антидепрессантов). Проведено условное распределение по группам в зависимости от расстройств поведения. Интегральная каузальная психотерапия определяла возможные причины зависимости от алкоголя, причины проживания с зависимым от алкоголя мужчиной. Целью психотерапии вначале было преодоление азогнозии, формирование комплаентности, преодоление стигматизации, формировании адекватных целей. Также применение ДПДГ, рационально-эмотивная,когнитивно-поведенческой психотерапии, сопровождалось прописыванием поставленных целей. Также отмечалось, что при возвращении к злоупотребляющему мужу ремиссия была неустойчивой, вследствие чего пациенты возвращались в стационар повторно. При госпитализации и женщины и мужчины, а в дальнейшем прохождение реабилитации обоими супругами, а также в дальнейшем наблюдении по месту жительства у районного нарколога, посещение местных групп анонимных алкоголиков способствовало тому, что оба партнера не стационировались повторно.

**Выводы:**

Таким образом, в становлении алкоголизма у большинства женщин из выборки сыграли такие факторы, как наследственная отягощенность, соблюдение алкогольных традиций, личностные особенности, различные психические травмы и потрясения, совместное проживание с мужчиной, злоупотребляющим алкоголем, доказывает необходимость комплексного подхода в лечении. Полученные данные могут существенно помочь в принятии решений по улучшению организации психиатрической помощи. Профилактические меры следует направить на рост культурного и духовного уровня населения,

формирование антиалкогольного общественного мнения, возрождение традиционных ограничений на употребление спиртных напитков, превентивную работу с семьей, уделить особое внимание детям, раннюю диагностику алкоголизма с учетом клинико-психологических особенностей женского алкоголизма.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПРИЕМА РИТУАЛЬНОГО ВЫКАПЫВАНИЯ МОГИЛЫ В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ**

Мадорский В.В.

Центр "Надежда" Мадорского В.В.

г. Ростов-на-Дону

Experience of using the psychotherapeutic technique of ritual grave digging in the treatment of alcoholism and drug addiction

Madorsky V.V.

"Различные варианты зависимостей – алкогольная, наркотическая, игровая и т.д. – являются одной из самых сложных проблем современного общества. Больных зависимостями, как правило, трудно стойко мотивировать на упорное лечение, которое, по современным представлениям, должно длиться годами, если не пожизненно. Ещё одним трудным вопросом терапии зависимостей является коррекция созависимых отношений в микросоциальном окружении больного, развивающихся по механизмам неосознаваемой «вторичной выгоды» от продолжения зависимого поведения у пациента, оказывающихся мощным фактором поддержания устоявшихся паттернов поведения. В связи с этим для решения задач мотивирования зависимого к лечению и коррекции созависимых отношений нами был разработан психотерапевтический приём ритуального выкапывания могилы, основанный на стратегической психотерапии Джая Хейли. Сущность приёма состоит в том, что после проведения обследования, детоксикации и купирования компульсивного влечения к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) проводится общее собрание всех членов семьи больного, на котором после опроса всех участников врач намеренно заостряет их внимание на том, что пристрастие к употреблению ПАВ – не плохая привычка, а один из вариантов болезни зависимого поведения, которая без лечения приводит к глубокому изменению личности, социальной дезадаптации и смерти. После этого врач даёт следующее предписание: «Произойдёт что-то одно из двух: или болезнь похоронит Вас, или Вы похороните болезнь. И поэтому, как только Вы снова употребите алкоголь или наркотик, в течение 48 часов Вы должны похоронить свою смерть. Для этого Вы обязаны выкопать могилу полного профиля: 2 м в длину, 2 м в глубину и 70 см в ширину. Выкопав, необходимо минут 15 побывать в могиле самому, чтобы представить, как плохо, темно, одиноко будет здесь смерти, как удушающее будет давить огромная масса земли сверху, как будет мучить её скованность и невозможность отсюда выбраться. Затем взять дозу употребляемого наркотика (или бутылку предпочитаемого алкогольного напитка), написать на ней: «Моя смерть», и с соблюдением всех похоронных ритуалов закопать. Если Вы употребите ПАВ после этого ещё, то это значит, что Вы недостаточно глубоко похоронили свою смерть, и каждая очередная могила должна быть на полметра глубже предыдущей. Всё это должно делаться под наблюдением всех членов семьи, которые должны собраться для этого все вместе, добиться, чтобы всё было сделано так, как надо и перед похоронами промерить, правильно ли выкопана могила. Могила любой глубины должна быть выкопана за один раз – запрещается идти домой отдыхать, докапывать через неделю когда отдохнешь и т.д. При необходимости отдыха это опять же делается в могиле».

Кроме того, психотерапевт должен предварительно обсудить, кто в семье ответственен за то, чтобы все назначения были выполнены, и как члены семьи будут этого добиваться, какую роль в достижении этого должен играть каждый член семьи, а также какую конкретно ответственность каждый несёт за невыполнение своей части работы.

На этом фоне проводится адекватная психотерапия (характер её будет описан ниже) и, при необходимости, посиндромное медикаментозное лечение. Обязательным является длительное (не менее 3 лет) динамическое наблюдение за наличием следов ПАВ в анализах мочи при наркомании, сдаваемых под непосредственным контролем родственников. Таким образом, используя борьбу с употреблением ПАВ в качестве модели, психотерапевт добивается создания более эффективной структуры семьи. Трудность назначенного задания, кроме того, повышает мотивированность больного на лечение, как психофармакотерапевтическое, за счёт улучшения лекарственного комплайенса, так и психотерапевтическое.

Хотелось бы отметить, что главной задачей данного метода является даже не использование его в качестве варианта терапии тяжёлым испытанием по Хейли, хотя и эта сторона работы также немаловажна. Наиболее значима здесь возможность без прямого рационального разбора семейных проблем, приводящего к активации вышеупомянутых психологических защит и угрозе разрушения психотерапевтических отношений с родственниками перенести внимание с проблем зависимого на проблемы созависимого микросоциального окружения, являющаяся важным фактором успешности семейной психотерапии.

Особая ситуация возникает в нередких случаях, когда мы имеем дело с алкоголизмом симптоматическим, возникшим на фоне эндогенных заболеваний. В этих случаях большая роль отводится психообразовательной работе с родственниками и семейной психотерапии, направленной на обеспечение регулярности приёма психотропных препаратов, вплоть до рассмотрения вопроса о показанности перехода на нейролептики-пролонги, так как обрыв приступа психического заболевания приводит к прекращению употребления ПАВ без всякого дополнительного наркологического лечения.

Вскоре после начала семейной психотерапии мы дополняли её психотерапией индивидуальной, целями которой были:

1. Проработка подсознательных комплексов больного (наиболее часто мы встречались с базовым недоверием к миру, неразвитостью идентификации себя как мужчины или женщины, Алекситимия, отсутствие навыков проблемно-решающего поведения).
2. Определение целей в жизни.
3. Обучение поведенческим приёмам, направленным на зарабатывание денег, построение отношений с противоположным полом, решение семейных проблем.
4. Проработка отношения к теме смерти – своей и близких.
6. Тренинг умения самостоятельно справляться с остро возникшим желанием употребления ПАВ.

Немалую роль играла и когнитивно-поведенческая психотерапия. Вместе с тем обычно довольно долго больной оставался «тростью, ветром колеблемой», что без дополнительной проработки других задач приводило к частым срывам. На фоне стабилизации состояния больной вдруг начинал чувствовать пустоту своей жизни, которая ранее прикрывалась азартом. Здесь невозможно было обойтись без логотерапии по В.Франклю и проработки экзистенциальных проблем. Нередко важным оказалось поговорить о религии, «показать дорогу к храму». Наша точка зрения состоит в том, что здесь не следует увлекаться миссионерской деятельностью и навязывать пациенту свои собственные религиозные и философские убеждения, но необходимо было помочь найти свой собственный путь к тому, ради чего действительно стоит жить.

В случае успеха в лечении зависимости в семье нередко усиливались разногласия между родителями, вплотную встававшими перед вопросом, что они будут делать вместе, когда сын уйдёт из дома во взрослую самостоятельную жизнь (впрочем, несмотря на всю напряжённость родительских разногласий, до развода дело практически никогда не доходило). Характерным бывал всплеск недовольства в связи с тем, что сын выбирал не тот путь, к которому его толкали взрослые. Однако далеко не всегда семьи просили о дальнейшей психотерапевтической помощи. Обычно можно было услышать: “Да, есть много проблем, но сами как-то справляемся”. Для нас это было главным критерием того, что всё идёт хорошо.

Приём ритуального выкапывания могилы в рамках комплексной терапии в течение последних 9 лет был использован в лечении 187 больных алкоголизмом и 57 пациентов с наркоманией. Из них чётко выполнили все указания 97 больных алкоголизмом и 10 с наркоманией. У всех из них наблюдается стойкая ремиссия более 3 лет (мотивировка самих пациентов – это уже неинтересно, да и слишком тяжело копать). Никому из них для достижения стойкой ремиссии не пришлось рыть могилу более 3 раз. В семьях же зависимых, не выполнивших предписания, в 31 случае алкоголизма и 17 наркомании также отмечалась положительная динамика за счёт исчезновения представления о зависимости как о неизлечимом заболевании, перехода к «менее плохим» (по Э. Берну) психологическим играм в семье (вместо борьбы за трезвость в семье начиналась борьба за выкапывание могилы, для чего регулярный приём ПАВ не является обязательным) и переноса ярлыка «безответственного члена семьи» от зависимого к другим домочадцам, а также лучшей социально-трудовой адаптации зависимых.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ Коньков В.И.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

кафедра психиатрии и медицинской психологии

г. Москва

Emotionality in Opioid Addiction

Konkov V.I.

**Введение.** Проблема наркомании в современном обществе остается насущной. Что связано с появлением новых видов синтетических наркотиков и все с более молодеющим контингентом больных. Наркотики опиоидного ряда очень часто используются с целью как-то “поправить” свое настроение. Что в дальнейшем приводит к формированию регулярного и систематического их приема и развитию опиоидной наркомании, которая сопровождается в дальнейшем “выключением” такого индивида из социума, но и сопровождается рядом психопатологических проблем.

**Цель исследования.** Выявить проявления эмоционального реагирования у больных с синдромом зависимости от опиоидов.

**Материалы и методы.** Работа выполнялась на базе Московского научно-практического центра наркологии. Исследование было выполнено на 122 госпитализированных больных (75 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст  $34,58 \pm 0,15$  лет) с синдромом зависимости от опиоидов от полугода до 44 лет, в психическом статусе которых ведущее или существенное место занимали аффективные расстройства.

Уровень эмоционального реагирования измерялся и анализировался по Шкале эмоционального отклика, BEES.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «STATISTICA 10.0 (USA, Statsoft Inc.)», где оценка статистической разницы проводилась по критерию  $\chi^2$  Пирсона (p). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного

отклонения (непрерывные количественные переменные), относительного риска (Relative Risk (RR)) и 95%-ного доверительного интервала (95% Confidence Interval (CI)). Результаты. В процессе проведенного исследования удалось выявить, что уровень эмоционального реагирования среди данных пациентов исследования зависел и определялся стажем опиоидной наркотизации. Было выявлено, что для больных со стажем опиоидной наркотизации до 5 лет был характерен, преимущественно, нормальный и высокий уровень эмоционального реагирования (57 больных). А у больных со стажем наркотизации более 5 лет, преимущественно, отмечался низкий уровень эмоционального реагирования (65 больных). ( $p < 0.01$  (RR = 7,516; 95% CI 3.742 – 15.097)).

Выводы. Из проведенного исследования видно, что у больных с нарастанием стажа опиоидной наркотизации отмечалось обратно пропорциональное повышение уровня эмоционального реагирования.

## **АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ, В СОЧЕТАНИИ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИПСИХОТИКОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**

**Селиванов Г.Ю., Бохан Н.А., Отмахов А.П.**

«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»,  
СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»,  
г. Томск, г. Санкт-Петербург,

**Outpatient treatment of schizophrenia, combined with drug addiction, using new generation antipsychotics**

**Selivanov G.Yu., Bokhan N.A., Otmakhov A.P.**

"Цель — изучение наиболее эффективных психофармакологических схем с использованием карипразина при амбулаторной терапии шизофрении, коморбидной с химическими аддикциями. Пациенты и методы. Исследование выполнено на базе психиатрических стационаров Томской области, Санкт-Петербурга, Нижневартовска и Ноябрьска в период с 2018 по 2024 гг. Обследовано 327 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих параноидной шизофренией, зависимых от психоактивных веществ ( $n = 66$  — алкоголя,  $n = 66$  — каннабиноидов,  $n = 66$  — опиоидов и  $n = 66$  — психостимуляторов), 63 человека были исключены из исследования в связи с обострением психотической симптоматики. Основная группа — 132 человек, которые принимали карипразин ( $F20.0xx + F1x.2xx + Cariprazine$ ) как монотерапию, так и в комбинации с краткосрочным применением (не более 2-х недель) типичных антипсихотиков (галоперидол, зулепентиксол, хлорпромазин, хлорпротиксен), и контрольная группа — 132 человек ( $F20.0xx + F1x.2xx$ ), которые принимали другие атипичные антипсихотики (рисперидон, арипипразол, оланzapин). Для динамической оценки симптоматики и функционирования пациентов использовали шкалы PANSS, SANS, CGI, GAF. При лечении больных шизофренией, зависимых от психоактивных веществ, на амбулаторном этапе у основной группы исследования в качестве схем терапии применяли изолированно карипразин ( $n = 26$ ) и в комбинации с галоперидолом ( $n = 31$ ), хлорпромазином ( $n = 25$ ), хлорпротиксеном ( $n = 26$ ), зулепентиксолом ( $n = 28$ ). Первая контрольная точка была на 2-й неделе исследования, вторая контрольная точка — на 6-й неделе исследования.

Результаты. Выявлено, что при сравнении контрольной группы с основной наблюдались схожие показатели по шкалам CGI и GAF, но более низкие показатели по шкалам PANSS и SANS. Терапия карипразином в средней терапевтической дозировке в краткосрочной комбинации с типичными нейролептиками в течение одной - двух недель способствует быстрому купированию субпсихотических симптомов, связанных с изменением состояния больных при употреблении психоактивных веществ и без их употребления и способствующих инициации психотического

состояния: тревога, нарушения сна, психопатоподобное и аддиктивное поведение. Монотерапия карипразином в течение шести недель амбулаторной терапии оказывает наиболее выраженное влияние на сглаживание негативной шизофренической симптоматики в отличие от других атипичных нейролептиков, приводит к улучшению симптомов шизофрении, косвенно способствует снижению частоты употребления психоактивных веществ, снижает риск повторных госпитализаций (ремиссии до  $3,5 \pm 1,6$  месяцев), а также помогает достижению стабильности ремиссии шизофрении и зависимости от психоактивных веществ.

Выводы. Карипразин по сравнению с другими атипичными антипсихотиками (рисперидон, оланzapин, арипипразол) показал выраженный антипсихотический эффект на этапе амбулаторной терапии больных шизофренией, зависимых от психоактивных веществ, а также положительно повлиял на негативную симптоматику."

# СЕКСОЛОГИЯ, СЕКСОПАТОЛОГИЯ

## ПРИМЕНЕНИЕ ИДЕЙ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ СЕКСОЛОГА

Елена Викторовна Иоффе

Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

Application of positive psychology principles in the practice of a sexologist

Ioffe E.V.

Аннотация:

Развитие сексологии началось с описания многообразия человеческого сексуального опыта, выходящего за рамки нормативной модели сексуального взаимодействия в паре, имеющего целью зачатие. И сегодня большинство зарубежных и отечественных исследований посвящено изучению вариаций неограниченного сексуального поведения и трансгрессирующей сексуальности. Однако практикам важнее в работе опираться на концепции, описывающие факторы гармоничного психосексуального развития и приемы достижения благополучия в сфере сексуальных отношений.

*Ключевые слова: сексуальность, позитивная психология, сексология, оптимальный сексуальный опыт*

Становление научного дискурса медицинской сексологии преимущественно связано с трудами врачей: австрийского невропатолога, психиатра и криминалиста Рихарда фон Крафт-Эбинга, дерматолога Ивана Блоха, английского врача и публициста Генри Х. Эллиса, немецкого врача исследователя человеческой сексуальности и общественного деятеля Магнуса Хиршфельда, русского врача невропатолога, психиатра, физиолога Владимира Михайловича Бехтерева. Их научные трактаты и учебники в основном описывали сексуальное поведение человека в контексте дифференциации «нормальной» и «патологизированной» сексуальности, делая акцент на описании перверсий.

Позже большинство сексологических исследований также было сосредоточено на изучении причин возникновения сексуальных дисфункций, дисгармоний, боли и неблагополучия. Например, репрезентативный национальный опрос 1738 мужчин и женщин в США в 2015 году выявил, что боль является относительно распространенным и часто не обсуждаемым аспектом как вагинального, так и анального секса, происходящего между мужчинами и женщинами: 30% женщин и 5% мужчин испытывали боль во время последнего их сексуального контакта [7].

Исследования показывают, что в целом сексуальный опыт женщин менее благополучный, чем у мужчин. Каждая пятая женщина в течение жизни хотя бы раз была изнасилована или подверглась попытке изнасилования, треть женщин сталкивалась с физическим насилием со стороны партнера. По результатам опросов, половой акт оканчивается оргазмом у 90% мужчин и только у 50-70% женщин, для 30% женщин вагинальный секс является болезненным, анальный – для 72%. Дебби Хербеник отмечает, что женщины вообще немного ждут от секса: если для мужчины «хороший секс» – это секс, в результате которого он получил оргазм, то для женщины это скорее просто секс безболезненный [7].

Начиная с У. Мастерса и В. Джонсон, сексуальные проблемы определялись в терминах отклонений от цикла сексуальных реакций человека. В результате, по мнению современной исследовательницы сексуальности Пегги Кляйнплатц, в течение почти 50 лет значительное внимание уделялось тому, почему люди теряют интерес к сексу вместо того, чтобы исследовать контекст, в котором он желателен. Это помешало семейной терапии, секс-терапии, медицинской

сексологии и другим направлениям исследований сексуальности продвинуться вперед в понимании всего спектра сексуальных переживаний – от «дисфункциональных» до «нормальных» и «оптимальных» [8].

Широко востребованное сегодня направление парной терапии – секс-терапия – позиционируется как метод решения проблем с сексуальным функционированием и снижением сексуального интереса. Фокус на дисфункции ориентирует пациентов врачей-сексологов и клиентов семейных психологов, столкнувшихся с затруднениями в сексуальной сфере, воспринимать себя или партнера сексуально «недостаточными» или «неэффективными». В связи с этим важна «позитивная переформулировка» клиентского запроса и концентрация на улучшении отношений партнеров, укреплении их связи и расширении знаний друг о друге. Она может оказаться более эффективной в решении сексуального запроса пары. Например, современные исследования сексуального поведения в паре демонстрируют взаимосвязь сексуального благополучия с совместным участием партнеров в бытовых и досуговых делах [10].

Смещение фокуса в исследованиях с поиска причин того, что нарушено и неэффективно, на поиск сильных сторон и того, что способствует улучшению – соответствует принципам позитивной психологии. Позитивная психология – это научное исследование оптимального функционирования человека, которое направлено на раскрытие и использование факторов, обеспечивающих процветание отдельных людей и их сообществ [11]. «Цель позитивной психологии — приступить к катализации изменения фокуса психологии от поглощенности лишь тем, чтобы исправлять плохое в нашей жизни, к тому, чтобы строить позитивные качества» [2; с. 3]

Оrientируясь на призыв М. Селигмана «перейти от тушения пожаров к их профилактике», в сексологии важно развивать направление непрерывного сексуального образования для людей разных возрастных групп с целью сохранения индивидуального и общественного сексуального здоровья, а также повышения уровня сексуального благополучия в парах на разных этапах семейной жизни. Однако, в нашей стране для этого недостаточно специалистов, получивших качественную профессиональную подготовку в области сексологии. В результате доступные потребителям предложения сексуального просвещения ограничиваются в основном тренинговыми программами, посвященными практикам соблазнения, техникам секса и рекламе секс-игрушек, сексуальных VR-игр и симуляторов. Существуют единичные авторские программы профилактики сексуального насилия в отношении детей и также малочисленные программы для родителей о закономерностях психосексуального развития детей и подростков.

За рубежом изучение оптимального сексуального опыта связано с исследованиями Пегги Кляйнплатц. С 2005 года ее команда изучает с помощью метода интервью оптимальный сексуальный опыт людей, которые описывают себя как обладающих “отличным сексом” в долгосрочных отношениях. Из этих интервью (75) были выделены 8 постоянно встречающихся составляющих оптимального сексуального опыта [9]:

- полное присутствие,
- синхронность,
- глубокая эротическая близость,
- аутентичность,
- высокий уровень общения (вербального и сенсорного),
- готовность к межличностному риску,
- уязвимость,
- трансцендентность.

Оптимальный сексуальный опыт пары определяется важными аспектами межличностных отношений и облегчается ими. Он строится на основе согласия, взаимности и эмпатического

общения. Это помогает парам создать доверие, достаточное для того, чтобы чувствовать себя в безопасности, принимая эротические риски друг с другом. Важной его особенностью признается способность полностью присутствовать в данный момент и одновременно быть глубоко связанным с другим человеком. В таком опыте партнеры могут смотреть внутрь себя и друг на друга, чтобы раскрыть свой скрытый эротический потенциал.

Такие составляющие оптимального сексуального опыта, как полное погружение в процесс и трансцендентность, характерны для «состояния потока», которое описал яркий представитель позитивной психологии Михай Чиксентмихай [5]. В состоянии потока человек полностью вовлечен в то, чем занимается. Это состояние «оптимального опыта», в котором повышается эффективность когнитивных процессов, активизируются необходимые для достижения цели ресурсы и мобилизуется творческий потенциал. Состояние потока действует как магнит, побуждая человека заниматься тем, что ему действительно нравится. На сегодняшний день и в бизнесе, и в медицине, и в системе образования уделяется пристальное внимание исследованию и обучению потоковым состояниям. В сексологии не менее важно ориентировать пары замечать и культивировать свои потоковые состояния в процессе сексуального взаимодействия.

Семейные психотерапевты связывают удовлетворенность партнеров сексуальной близостью с качеством межличностных отношений. Однако исследователи отмечают интересную закономерность в оценке парами своих отношений. У пар, в целом довольных своими отношениями, сексуальная удовлетворенность на 15-20% определяет общую оценку, а вот недовольство сексом или его отсутствие составляет 50-75% общей неудовлетворенности отношениями [6]. Одна из создателей эмоционально-фокусированной терапии Сью Джонсон обращает внимание на то, что для удовлетворенных супругов секс – лишь один из способов получить удовольствие и укрепить близость. Вот разочаровавшиеся в отношениях супруги видят в нем основную причину своих неприятностей. Проблема не в самом факте отсутствия или наличия сексуальной жизни. Недовольство в постели – это первая ласточка разлада в отношениях в целом. Так происходит потеря парой близости. Партнеры больше не чувствуют себя в безопасности друг с другом. В результате желание становится меньше, а оргазмы случаются реже. Партнеры не так часто занимаются сексом, что ранит их чувства, еще сильнее нарушая связь между ними [1]. Эмоционально-фокусированная терапия помогает парам получить доступ, выразить и обработать уязвимые эмоции, которые определяют реактивные, негативные паттерны. Когда партнеры почувствуют себя в эмоциональной безопасности, они способны делиться своими потребностями и страхами, восстанавливая свою привязанность, создавая новые позитивные циклы взаимодействия, которые по-новому определяют их отношения, теперь как надежно привязанные [4].

Однако, Эми Мьюз и ее коллеги обнаружили, что улучшение сексуальной удовлетворенности ведет к улучшению удовлетворенности отношениями, но не наоборот. Соответственно, работы над восстановлением близости в паре недостаточно. Необходимо уделять внимание обсуждению с парой факторов, усиливающих и тормозящих сексуальное желание. Результаты исследований показали, что пары, которые находят способы радовать, вдохновлять друг друга и становиться ближе, получают возможность узнать что-то новое о себе или о партнере. Они создают обстановку необычности, новизны, формируя условия для усиления сексуального желания [10].

Еще одна концепция – модель «Достаточно хорошего секса» (Good-Enough Sex. Metz & McCarthy, 2003, 2004) – призвана сместить фокус с погони за стопроцентной сексуальной эффективностью на качество чувственных, эротических переживаний и сексуальной удовлетворенности пар. После появления в 1998 году Виагры в профессиональном медицинском сообществе и у пациентов укрепились упрощенное представление об идеальной модели полового

акта и установка на медикаментозный подход к устраниению мужской сексуальной дисфункции, особенно эректильной. Модель «Достаточно хорошего секса» опирается на комплексный подход к сексуальному здоровью и терапии в виде простой, конструктивной схемы для пар. Главная цель терапии – заменить традиционный критерий идеального полового акта для мужчин изменчивым, гибким подходом к сексуальности пары, ориентирующим на 85% от идеального секса с акцентом на удовольствие, реалистичные ожидания и значение интимности на всех этапах жизненного развития мужчины, женщины и супружеской пары. Установка на достаточно хороший секс создает позитивную, подлинную основу для отношений и сексуального удовлетворения [6].

Таким образом, исследования и публикации по позитивной психологии (например, С. Любомирски; М. Селигмана, М. Чиксентмихайи и др.,) способствовали пониманию, что фиксация на идеальном сексуальном поведении обречена на провал, и поэтому ей на смену должны прийти представления, признающие присущую сексу пары изменчивость. Позитивные аспекты, например, реалистичные ожидания, могут улучшить способность человека справляться с сексуальными проблемами и ценить взаимное эмоциональное принятие, интимность и удовольствие от сексуального общения. Описанные концепции пополняют позитивный набор принципов и ориентиров, которые помогут сексологам в проектировании секс-терапии, а также помогут парам задуматься о значении и ценности их сексуальных отношений для них самих.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Мартусенко А.В., Наджарьян А.И., Елисеенко Н.А., Брижак С.С., А.И. Зуев**

ГБУЗ «СКПБ № 1»

Краснодар

Some aspects of comorbidity of sexual functions and non-psychotic mental disorders

Martusenko A.V., Nadzhar'yan A.I., Eliseenko N.A., Brizhak S.S., A.I. Zuev

Несостоятельность в половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчин и женщин любого возраста, что связано с особой личностной значимостью сексуальных отношений для большинства людей. Половые дисфункции ограничивают репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака и нередко приводят к разводам, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность, что может привести к развитию невротических и аффективных расстройств. Отмечается, что психические заболевания нередко сопровождаются сексуальными дисфункциями и в большинстве случаев они диагностируются впервые именно на сексологическом приеме. В связи с этим большую актуальность представляют исследования, посвященные изучению взаимосвязи сексуальных и психических расстройств. Цель исследования: изучение коморбидности сексуальных дисфункций у лиц с психическими заболеваниями непсихотического уровня. Объект исследования: в исследовании приняло участие 92 человека - 45 женщин и 47 мужчин, в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 39 лет), получавшие лечение на базе ГБУЗ «СКПБ №1», которые страдают от тревожного, тревожно-депрессивного, обсессивно-компульсивного, эмоционально-лабильного и шизотипического расстройств, расстройства адаптации, а также расстройств личности. Методы исследования: клиническое и параклиническое обследование, статистический анализ, тестирование больных на основе квантификационной шкалы (сексуальная формула мужская и женская), состоящие 9-10 вопросов, где испытуемому предоставляется 5 вариантов ответа, за которые насчитываются баллы (от 0 до 4). При обработке данных показатели 0, 1 и 2 характеризуют различные степени снижения показателя, цифра 3 соответствует средней

статистической норме для мужчин и женщин средних лет, а цифра 4 характерна для периода возрастной гиперсексуальности или для сильной половой конституции. Анализ полученных результатов: Среди опрошенных 60% находятся в браке, 15% - овдовели, 25% - не состоят в браке или разведены. 31,5% находятся в инволюционном возрастном периоде (после 55 лет). Открыто о наличии у себя сексуального расстройства заявили 30% женщин и 55% мужчин. Среди женщин, у всех больных тревожным и тревожно-депрессивным расстройствами наблюдается снижение либидо, отсутствие готовности к половому акту, сексуальной несостоятельности (50%). Среди испытуемых, женщины, находящиеся на пике сексуальной активности 50%. Среди мужчин, у больных с обсессивно-компульсивным расстройством наблюдается снижение качества эрекции (44,4%), неудовлетворенны скоростью эякуляции 40%. У 55,5% испытуемых наблюдается тревожное ожидание неудачи. Среди испытуемых, мужчины, находящиеся на пике сексуальной активности 55,5%. Вывод: Нарушение того или иного компонента сексуальности наблюдается у 79% всех испытуемых, что говорит о высокой коморбидности сексуальных расстройств и психических расстройств непсихотического уровня.

## СЕКСШИЗОФРЕНИЯУАЛЬНАЯ ФРУСТРАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ

Байкеев Р.Ф , Дубивко Г.Ф., Бикмуллин Т.Г.

Казанский государственный медицинский университет

г Казань

Female sexual frustration

Baikeev R.F., Dubivko G.F., Bikmullin T.G.

"Актуальность. Считается, что истоки работ по фрустрации идут к З. Фрейду, который ввел данный термин для характеристики особого состояния или внутреннего психического конфликта, когда личность сталкивается с каким-либо (чаще – субъективно непреодолимым) препятствием на пути к достижению своих осознаваемых или неосознаваемых целей [1]. Несмотря на свою фундаментальную роль в жизни человека, было проведено на удивление мало исследований в области неврологического контроля сексуального поведения человека. Причиной такого пренебрежения является то что врачи не обучены регулярно исследовать сексуальную жизнь своих пациенток. Сексуальная фрустрация является распространенной проблемой среди представительниц женского пола различных возрастных групп. В частности, в Республике Татарстан сексуально не удовлетворены в браке 72% женщин. Определяя сексуальную фрустрацию как состояние женщины от отсутствия секса вообще, или ее состояния после коитуса, в качестве медицинской проблемы следует обозначить последнюю. Причины фрустрации женщины после коитуса условно делятся на психологические и биологические. К обычным последствиям фрустрации фрейдисты относят: переход личности на более низкий уровень функционирования (фрустрационная регрессия), бегство в мир фантазий и рационализация (например, логическое обоснование непреодолимости того или иного препятствия). Также, обязательным следствием фрустрации, нео-фрейдисты считают агрессию [2] Связь между фрустрацией и агрессией, впервые намеченная у Фрейда, наиболее ярко отражена в концепции бихевиористов[3]. Возможен перенос агрессии на самого себя (автоагgressия), когда человек начинает «бичевать себя», нередко приписывая себе несуществующие недостатки или сильно их преувеличивая. Автоагgressия выражается в самобичевание, а иногда в грубом отношении к самому себе [4]]. Фрустрация, возникающая из-за неудовлетворенных сексуальных желаний, отсутствия партнеров и неудовлетворительного сексуального опыта, по-видимому, повышает риск агрессии, насилия и преступных наклонностей, связанных со стремлением к облегчению, власти, мести и вытесненному разочарованию. Хотя одной сексуальной фрустрации недостаточно для полного объяснения

агрессии, насилия или преступности, признание ее влияния на поведение остается решающим [5].

. При этом следует отметить что после снятия проблем в части психологического компонента успешная курация лимитируется биологической составляющей. Оргазм увеличивает выделение окситоцина (Oxt), что показано в работе [6]. Значения окситоцина через 1 мин после оргазма были достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем исходные уровни. Это подтверждает гипотезу о том, что окситоцин играет важную роль в сексуальной реакции человека как в нейроэндокринной функции, так и в посткоитальном поведении. В исследовании [7] было показано, что уровень окситоцина у женщин, испытывающих оргазм, и женщин, страдающих аноргазмией, сильно отличался. Опросники Индекса женской сексуальной функции (FSFI, пороговое значение  $\leq 26,55$ ) и шкалы сексуального дистресса у женщин (FSDS, пороговое значение  $\geq 15$ ) использовались для оценки сексуальной функции и сексуального дистресса соответственно. Уровни окситоцина в сыворотке крови измеряли до полового акта (T0) и через 5 мин после коитальной сексуальной активности (T1). Женщины с аноргазмией имели неприятный сексуальный опыт (общий балл FSFI  $20,1 \pm 1,2$ ; и испытывали стресс (балл FSDS  $19,4 \pm 1,3$ ), тогда как женщины с оргазмом были полностью удовлетворены своей сексуальной активностью (общий балл FSFI,  $28,7 \pm 1,3$ ; балл FSDS  $11,5 \pm 1,8$ ). При T0 у женщин с аноргазмией уровень Oxt был ниже, чем у женщин в состоянии оргазма,  $1,8 \pm 0,2$  пг / мл против  $2,1 \pm 0,5$  пг / мл соответственно [95% ДИ: (-0,58, -0,01);  $p < 0,04$ ]. При T1 уровни Oxt у женщин с аноргазмией не изменились ( $1,8 \pm 0,2$  пг / мл против  $2 \pm 0,4$  пг / мл,  $p = 0,09$ ). Наконец, у женщин в состоянии оргазма уровень окситоцина в плазме крови был выше, чем у женщин в состоянии аноргазмии,  $4,6 \pm 0,7$  пг / мл против  $2 \pm 0,4$  пг / мл соответственно [95% ДИ: (-3,02, -2,17);  $p < 0,001$ ]. В части индивидуальной реакции женщины на ожидаемый сексуальный акт с целью ее выявления возможно применение метода анкетирования.

Цель исследования. Провести тестирование женщин различных возрастных групп в части их предрасположенности к сексуальной фрустрации путем анкетирования.

Материалы и методы исследования. Объект исследования: 63 женщины в возрасте 18-73 лет. Тест на предрасположенность женщины к сексуальной фрустрации [<http://evo-lutio.livejournal.com/138499> ]. Статистический расчет: вычисляли среднее значение показателя±стандартное отклонение, коэффициент корреляции Spearman's rho.

Результаты. .Тестирование женщин различных возрастных групп в части их предрасположенности к сексуальной фрустрации показало что у 42,45% респондентов уровень сексуальной фрустрации определяется как довольно высокий – сексуальные порывы бывают, а чаще об этом неприятно думать, у 45,45% уровень сексуальной неудовлетворенности выше нормы, и лишь у 12,1% опрошенных сексуальный ресурс соответствует норме. В общей группе (18-73 года) и группе 36 лет -73 года (26 женщин) обследованных женщин отсутствует корреляция между возрастом и ожидаемой сексуальной фрустрацией  $r=-0,050$  ( $P=0,952$ ),  $r=-0,050$  ( $P=0,698$ ), в возрастной группе 18 лет-35 лет (37 женщин) имеется корреляция уровня сексуальной фрустрации с возрастом,  $r=0,670$  ( $P=0,002$ ).

Вывод. Предрасположенность к сексуальной фрустрации женщины коррелирует в возрастной группе 18-32 года, оставаясь выше нормы в последующие годы жизни.

# **СУИЦИДОЛОГИЯ**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

**Кхера Надия, Бабарахимова С.Б.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии

Ташкент

Study of the risk of suicidal behavior in adolescents

Khera Nadia, Babarakhimova S.B

Введение: в последнее десятилетие у большинства детей и подростков формируется неоднозначное отношение к восприятию образа своего тела, вызванное воздействием средств массовой информации, интернет-сайтов, навязывающих современной молодежи стандарты фотомоделей и супергероев с идеальными параметрами фигуры. По данным ряда авторов, микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания, межличностные конфликты со сверстниками способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков (Matveeva A.A., 2020). Актуальность проблемы исследования риска развития суицидальных тенденций депрессивного генеза у подростков с дисморфофобическими нарушениями вызвана сложностями своевременной верификации аффективной патологии, целесообразностью правильно выбранной фармакотерапии и трудностями прогнозирования данных психических нарушений (Медведев В.Э. 2021). Депрессия, возникающая на фоне недовольства собственной внешностью или убеждённости в наличии недостатков и дефектов в строении лица или фигуры, встречается по данным исследователей, практически у каждого второго подростка (Зверева Н.В., 2020). Цель исследования: изучить факторы риска формирования суицидального поведения у подростков с дисморфофобическими и депрессивными расстройствами с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи. Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96+1,98 лет), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием депрессивных расстройств. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО) Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995). Особенности суицидального поведения у подростков изучены с помощью Колумбийской шкалы суицидального риска (C-SSRS).

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования было проведено изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков. Согласно классификации детского психиатра Э.Г. Эйдемиллера (2005г.), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты - делинквентный, астеноапатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии, воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику и лечение. В нашем исследовании все

подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии - дисфорическая, тревожная, ипохондрическая, астеноапатическая и маскированная. Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурение, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения. У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности неопределенного характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы. Ипохондрическая депрессия наблюдалась у подростков, которые предъявляли жалобы на боли различной локализации, исходящие из внутренних органов, опасались наличия у себя неизлечимых заболеваний, отличались мнительностью и нерешительностью. В клинической картине астеноапатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находится в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Вариант астеноапатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость. Подростки аgravировали имеющимися соматическими заболеваниями, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки. В клинической картине всех вариантов депрессивной патологии регистрировались дисморфофобические включения в виде жалоб на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты, в отличие от нервной анорексии, подростки с дисморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удрученными, у них отмечалось чувство малоценностии, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождались понижением аппетита на фоне гипотимии и появленияrudиментарных идей самоуничижения. Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера. Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности. Астеноапатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей. У гипертимных личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия. Исследование особенностей суицидального поведения у

подростков установило, что представители истероидного и эпилептоидного типов имеют быструю тенденцию перехода от суицидальных мыслей к реализации суицидальных действий. Анализ взаимосвязи между мотивами суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков определил, что наиболее суицидоопасные мотивы – отказ от жизни и устранение преимущественно наблюдались у эпилептоидных, лабильных, циклоидных акцентуантов, которых можно отнести к группе высокого риска развития суицидального поведения. Выводы: таким образом, наиболее чаще в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера. Наиболее высокий суицидальный риск наблюдается при дисфорическом и тревожном типах депрессии с дисморфофобическими включениями. Наличие в клинической картине подростковых депрессий акцентуаций характера истероидного и эпилептоидного типа сопряжено с повышением степени тяжести депрессии и риска совершения суицида. В группу риска необходимо включить подростков истерического и эпилептического склада личности с клиническими проявлениями депрессий тяжелой степени и со значительными нарушениями поведения в виде ранней алкоголизации и эпизодического употребления ПАВ.

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ФЕТАЛЬНОМ СПЕКТРЕ НАРУШЕНИЙ**

**Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А.**

НОЧУ ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", ООО "Институт схема-терапии", ФГБОУ ВО  
«РосУниМед» Минздрава России

Кафедры консультативной и клинической психологии  
Москва

Suicidal behavior in fetal alcohol spectrum disorders

Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V., Yaltonsky V.M., Sirota N.A.

**Актуальность.** Показатели суицидов в России выше, чем глобальные. Так, средний глобальный показатель составляет 9,1 случай на 100 000 населения (5,4 среди женщин, 12,6 среди мужчин), в России – 21,6 (7,2 среди женщин, 38,2 среди мужчин) (по данным ВОЗ на 2019 г.) [17], 7,8 случаев (2,5 среди женщин, 13,8 среди мужчин) (по данным Росстата на 2023 г.) [1]. О связи алкоголизации с суицидами известно давно. Так, Н.В. Говорин и А.В. Сахаров (2008) отсылают читателей к А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980), которые ещё в 1981 г. привели клинико-психологический анализ суицидов, совершенных в состоянии простого алкогольного опьянения [4-6]. Эти связи актуализируют А.В. Немцов и К.В. Шельгин (2016), Ю.Е. Разводовский и С.В. Кандрычин (2024) [8, 10]. Однако, в отечественной литературе нет работ по проблеме суицидального поведения людей, живущих с фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН, включая фетальный алкогольный синдром - ФАС) (ЛЖ-ФАСН).  
**Основная часть.** Цель исследования – посредством небольшой IMRAD-компиляции полученных ходе реализации PRISMA-ориентированного QUOROM-подхода к анализу массива данных описать зарубежные исследования по проблеме суицидального поведения ЛЖ-ФАСН. Приведём кратко данные лишь некоторых. K. Flannigan et al. (2022b) выявили повышенный риск суицидальных мыслей, попыток и смерти среди ЛЖ-ФАСН [15]. В другом исследовании K. Flannigan et al. (2022a) описывают, что ЛЖ-ФАСН испытывают ряд сложных уязвимостей: в нейро-развитии, психологических и социально-средовых. Растет количество доказательств того, что суицидальные мысли, попытки и смерть от самоубийства являются значительными проблемами в этой группе населения. Был проведен вторичный анализ данных из Национальной базы данных ФАСН Канады, национального хранилища клинической информации, собранной в клиниках оценки и диагностики ФАСН по всей стране. В выборке из 796 участников (ср. возраст

- 17,7 года, диапазон - 6-60 лет, 57,6% мужчин), обследованных на ФАСН, 25,9% сообщили о наличии суицидальных мыслей/попыток. Было обнаружено, что многочисленные демографические и биopsихосоциальные факторы в значительной степени связаны с суицидальными мыслями/попытками. Наиболее сильные ассоциации с суицидальными мыслями/попытками были связаны с употреблением психоактивных веществ, историей травмы/ злоупотребления и нарушением регуляции аффекта [14]. H. Dirks et al. (2019) признают, что в Германии данные о взрослых ЛЖ-ФАСН и их психическом здоровье редки. Были изучены катамнезы 31 взрослого ЛЖ-ФАСН. У двоих было диагностировано расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (по одному случаю алкоголя и каннабиса). Почти половина всех пациентов соответствовала диагностическим критериям легкой умственной отсталости, еще 16 процентов соответствовали критериям другого текущего сопутствующего психического расстройства. В общей сложности 26 процентов сообщили по крайней мере об одной попытке самоубийства [13]. M.J. O'Connor et al. (2019) пишут, что тератогенные эффекты пренатального воздействия алкоголя (РАЕ) были подробно документированы в течение 45 лет исследований, и психиатрические проблемы широко распространены в этой популяции. У взрослых с РАЕ суицидальный риск высок, но меньше известно о суициальном риске у подростков с ФАСН. Распространенность суицидальных мыслей и серьезных попыток самоубийства в выборке из 54 подростков в возрасте от 13 до 18 лет с ФАСН. Распространенность суицидального поведения в этой выборке была высокой: 35,2% подростков сообщили о случаях суицидальных мыслей, а 13,0% сообщили по крайней мере об одной серьезной попытке самоубийства за последний год. Этот вывод контрастирует с 17,2% и 2,4% для идей и серьезных попыток, соответственно, зарегистрированных в общей популяции подростков США. Тревожно, что 29,2% мужчин с ФАСН сообщили о серьезной попытке самоубийства, что почти в 20 раз выше национальных норм для мужчин. Ни одна женщина не сообщила о попытках. Результаты демонстрируют значительный риск суицидальности в этой группе населения, особенно среди подростков мужского пола, и необходимость оценки и лечения этого опасного для жизни поведения [16]. Это говорит нам о половозрастных различиях в отношении суицидального поведения ЛЖ-ФАСН, что Национальном руководстве... (2024), у Ю.Е. Разводовского и П.Б. Зотова (2019), Н.А. Сирота и В.М. Ялтонского (1994, 2014) [2, 3, 8, 9, 12]. Заключение. Результаты приведенных исследований имеют значение для улучшения подходов к скринингу, профилактике и проактивному лечению для ЛЖ-ФАСН и РАЕ.

## **РОЛЬ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ГОТОВНОСТИ К СОВЕРШЕНИЮ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ У ПАЦИЕНТОК ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ**

**Олейчик М.И., Шевченко О.П.**

**ФГБНУ НЦПЗ**

**Москва**

**The role of non-suicidal self-harm in the formation of readiness to commit a suicide attempt in adolescent patients with depressive states**

**M.I. Oleychik, O.P. Shevchenko**

Актуальность исследования несуицидальных самоповреждений (НССП) и их взаимосвязи с суицидальным поведением (СП) обусловлено не только значительным ростом выявленных случаев НССП в последние десятилетия, но и интересом научного сообщества к определению роли НССП в контексте СП. Ассоциированность НССП с депрессивными состояниями и СП подтверждается множеством научных исследований, в которых роль НССП обозначается и как

механизм саморегуляции интенсивных эмоциональных переживаний, и как ключевой фактор риска совершения суициdalной попытки.

Выступая в роли инструмента снижения субъективного психологического неблагополучия, НССП может приносить временное облегчение, усугубляя, при этом, депрессивное состояние и увеличивая, тем самым, риск совершения суициdalной попытки. Можно предположить, что существует ряд личностных факторов, обуславливающих различие между внешне сходными типами НССП, в связи с чем развиваются различные варианты СП. Учитывая вариативность причин и форм НССП и СП, психотерапевтическая работа должна быть дифференцирована в зависимости от данных параметров.

Выделение специфических групп с различными вариантами НССП основывается на ряде особенностей осуществляемых актов самоповреждения, таких как внутренняя мотивация, метод, тяжесть, культурный контекст и личностные характеристики. Дифференциация данных состояний является важной задачей для разработки адекватных методов диагностики и лечения. Безусловно, определение степени суициdalного риска необходимо при работе со всеми вариантами НССП, однако восприятие любого самоповреждения как предиктора суицида может привести к неадекватной оценке психического состояния, что приведет к неправильному выбору терапевтической тактики.

Цель исследования: оценка различий формирования стратегий НССП и СП у пациенток, страдающих юношескими депрессиями.

Методы: в качестве психометрического метода использовались: опросник межличностных потребностей (Interpersonal Needs Questionnaire, INQ), анкета проявлений девиантного поведения, опросник страха перед болью (Fear of Pain Questionnaire — Short Form, FPQ-SF), шкала интолерантности к дискомфорту (Discomfort Intolerance Scale, DIS). Со всеми участницами исследования было проведено клиническое интервью, кроме того, анализировались анамнестические сведения.

Статистическая обработка данных была проведена с помощью программы SPSS Statistics. Для оценки значимости полученных между группами различий был использован непараметрический критерий Манна-Уитни.

Участники исследования: было обследовано 100 больных женского пола в возрасте от 16 до 25 лет с депрессивными состояниями различной нозологической принадлежности (F31.3-4; F34.0; F21.3-4+F31.3-4; F60.X+F31.3-4). У всех респондентов было зафиксировано наличие НССП согласно критериям DSM-5, а также присутствие активных и пассивных суициdalных мыслей. Были получены сведения о наличии или отсутствии незавершенных суициdalных попыток в анамнезе, после чего респонденты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 42 пациентки, совершивших одну или несколько суициdalных попыток (средний возраст – 19,3), во 2-ю группу вошли 58 пациенток без суициdalных попыток (средний возраст – 19,08 лет).

Все пациентки проходили лечение в клиническом отделении отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (и.о. директора – д.м.н. Ю.А. Чайка).

Результаты:

Между группами респондентов с суициdalными попытками и без суициdalных попыток были обнаружены значимые различия по показателям: «ИнтOLERантности к дискомфорту» ( $p=0,005$ , среднее в первой группе ( $\mu_1$ )=3,8, среднее во второй группе ( $\mu_2$ ) = 5,9); «Избегание дискомфорта» ( $p=0,0377$ ,  $\mu_1$  = 8,2,  $\mu_2$  = 9,9); «Общий страх перед болью» ( $p=0,0018$ ,  $\mu_1$  = 38,8,  $\mu_2$  = 46,1); «Страх малой боли» ( $p=0,0304$ ,  $\mu_1$  = 11,6,  $\mu_2$  = 13,4), «Страх значительной боли» ( $p=0,0005$ ,  $\mu_1$  = 16,1,  $\mu_2$  = 20,1). В то же время, по показателям «Агрессивность»( $\mu_1$  = 2,4,  $\mu_2$  = 2,2), «Суициdalность»( $\mu_1$  = 2,9,  $\mu_2$  = 2,7), «Клиническая психопатология»( $\mu_1$  = 2,4,  $\mu_2$  = 2,6, «Признаваемая потребность

в психологической помощи» ( $\mu_1 = 3,1$ ,  $\mu_2 = 3$ ), «Употребление ПАВ» ( $\mu_1 = 1,6$ ,  $\mu_2 = 1,5$ ), «Восприятия себя как бремени» ( $\mu_1 = 22,6$ ,  $\mu_2 = 19,9$ ), «Чувство нарушенной принадлежности» ( $\mu_1 = 32$ ,  $\mu_2 = 30,8$ ) не обнаружено значимых различий на уровне  $p < 0,05$ .

Обсуждение результатов и выводы:

Полученные данные согласуются с интерперсональной моделью суицида, согласно которой СП формируется как результат сочетания интенции (желания и намерения) и возможности (способности) совершить суицид. Согласно данным анамнеза и клинической беседы, у всех обследованных пациенток присутствовали суицидальные мысли, что нашло отражение в отсутствии значимых различий при статистическом анализе показателей, обуславливающих стремление к совершению суицида. В то же время следует отметить, что показатели, отвечающие за формирование способности совершить суицид (сниженная чувствительность к дискомфорту и сниженный страх боли) были значительно выше в группе пациенток с суицидальными попытками в анамнезе (на уровне значимости  $p < 0,05$ ).

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно предположить наличие различий в психологическом обосновании НССП и СП как отдельных поведенческих стратегий. Возможно, существует ряд параметров (личностных особенностей, нейрокогнитивных стратегий, ситуативных факторов), определяющих влияние НССП на готовность к совершению суицидальных попыток в дальнейшем.

# **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХОЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

**АРТ-ТЕХНОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

**Султонова К.Б., Хайдарова Г.М.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии,  
психотерапии

Ташкент

Art technologies in adolescents with type I diabetes mellitus

Sultonova K.B., Xaydarova G.M.

**Введение.** Актуальность настоящего исследования обусловлена широкой распространённостью сахарного диабета у детей и недостаточной изученностью ряда его клинико-психологических аспектов. Анализ литературных источников обнаружил недостаточную изученность влияния сахарного диабета первого типа на психоэмоциональное состояние подростков школьного возраста и возможности проведения арт-терапии пациентам психосоматического профиля, чем и обусловлено данное исследование.

**Цель исследования:** изучить эффективность проведения арт-терапии у подростков с сахарным диабетом I типа с учётом механизмов совладающего поведения.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 110 детей старшего школьного возраста с верифицированным диагнозом СД I типа. Использовался метод определения копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской. Для редукции психоэмоциональных изменений у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе. Диагноз сахарного диабета был верифицирован согласно диагностическим критериям МКБ-10. Специально разработанная карта-обследования, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования заболеваний эндокринологического профиля с учетом копинг стратегий и уровнем тяжести психоэмоциональных расстройств. Распределение по клиническим группам с учетом эндокринологического диагноза было следующим: 37 (46,3% случаев исследования) пациентов с СД лёгкой степени, 34 (42,5 % случаев исследования) пациентов с СД средней степени; 9 (11,2% случаев исследования) пациентов с СД тяжёлой степени. Средний возраст больных составил  $14,8 \pm 1,7$  лет. Доля девочек – 45%, мальчиков – 55%. На инициальном этапе исследования клинико-психопатологическим методом путём расспроса, наблюдения за пациентами и сбором анамнестических сведений со слов родителей и близких были установлены клинические варианты нарушений аффективной сферы у подростков, среди которых депрессивные расстройства определялись у 96,6% подростков, тревожные расстройства у 86,1% подростков, дисфорические – у 28,6%, фобические – у 54,7% обследованных пациентов. Результаты исследования, полученные с помощью опросника копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской, Р.М. Грановской, показали, что наиболее предпочтаемыми в младшем школьном возрасте являются такие копинг-стратегии, как: «говорю сам с собой», «прошу прощения или говорю правду», «думаю об этом», «сплю», «смотрю телевизор, слушаю музыку», «гуляю вокруг дома или по улице». Менее предпочтаемыми – «дразню кого-нибудь»,

«схожу с ума», «делаю что-то подобное», «борюсь или дерусь с кем-нибудь», «бегаю или хожу пешком». В преодолении сложных ситуаций и переживаний, с ними связанных, младшие школьники предпочитают использовать речь: как внешнюю (проговаривание конкретной неприятной или трудной ситуации с целью ее осмыслиения и отреагирования), так и внутреннюю (обдумывание ситуации), а также детские развлечения в качестве отвлекающих занятий. Такие способы поведения как «гуляю вокруг дома или по улице» встречаются реже, чем «бью, ломаю или швыряю вещи», «сплю», «говорю сам с собой». Как видим, преобладают: аффективное отреагирование с агрессией, направленной вовне (экстрапунитивный тип реакции); восстановление физических сил (сон) как способ совладания; использование внутренней речи для переработки трудных ситуаций и связанных с ними переживаний. На следующем этапе была проведена арт-терапия с использованием акварели и гуашь – раскраска картинок с последующим наклеиванием на них фасолинок, горошинок, чечевицы, зерен маша и риса, что способствовало развитию тонких локомоторных движений. На следующем этапе исследования у детей и подростков проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе с применением современных арт-технологий. Основным методом психокоррекционной программы являлись комбинированные арт-технологии – это использование акварели, гуашь, мозаика с помощью зёрен риса, чечевицы, гречки, бобовые, и именно горох, фасоль, машевые зёрнышки. Применялись и комбинированные методы арт-терапии - создание оригами, мозаики, наклеивание зерновых, бобовых, с последующей их раскраской гуашью, акварельными красками. Подростки с удовольствием выполняли задания психотерапевта, активно раскрашивали трафареты, затем наклеивали с помощью клея на готовые картинки зёрнышки гречки, фасоли, гороха, риса, данный вид арт-терапии вырабатывал навыки усидчивости, концентрации внимания, расширению кругозора знаний и представлений об окружающей действительности. эффективность применения арт-терапии у подростков была доказана статистически достоверным снижением уровня тревожности и депрессии у подростков сахарным диабетом первого типа, улучшением у них психоэмоционального фона и межличностных взаимоотношений.

Вывод. Таким образом, выявлено влияние сахарного диабета I типа на формирование психоэмоциональных нарушений у детей старшего школьного возраста, в большей мере наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства, а в меньшей степени у пациентов регистрируется фобическая и дисфорическая симптоматика. Определена специфика выраженности видов психологической защиты, заключающаяся в предпочтительном использовании детей с СД механизмов защиты «отрицание», «вытеснение», «компенсация», «реактивное образование» и копинг-стратегии «развлечение и физическая разрядка»; связь между поведенческими особенностями и психологической защитой, характеризующая их защитное поведение как деструктивное и малоадаптивное. Установлена эффективность проведения арт-терапии у подростков с сахарным диабетом, как метода, снижающего уровень депрессии и тревоги, нормализующего психоэмоциональное состояние и формирующего адаптивное, совладающее со стрессом, поведение.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ**

**Ковалчук А.Н.**

Гомельский государственный медицинский университет  
Гомель

Efficiency of body-oriented therapy in the treatment of functional pain syndrome

Актуальной проблемой нынешней медицины являются функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта - высоко распространенная среди взрослого трудоспособного населения патология. Функциональные расстройства ЖКТ не представляют непосредственной угрозы жизни, однако их влияние на уровень психологического благополучия населения за счет рецидивирующей симптоматики с изменчивостью клинической картины, индуцирующей чувство тревоги, обуславливают социальную значимость данной патологии. Цель исследования. Оценить эффективность метода телесно-ориентированной психотерапии пульсационного холистического массажа в лечении болевых форм функциональных заболеваний пищевода и желудка.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 10 человек, из них 2 мужчины (20%) и 8 женщин (80%), с установленными диагнозами «функциональная загрудинная боль пищеводного происхождения» и «синдром эпигастральной боли». Возраст участников варьировал от 21 до 37 лет. Каждому участнику было проведено лечение только методом холистического пульсационного массажа (палсинга): 10 сеансов дважды в неделю длительностью в 1 час каждый. Оценка выраженности симптомов проводилась до начала курса, после завершения курса и спустя 6 месяцев путем индивидуальной оценки интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценки количества эпизодов болей в течение недели и их

влияния на работоспособность.

**Результаты исследования.** Исходно у пациентов с функциональной загрудинной болью пищеводного происхождения эпизоды загрудинной боли отмечались от 2х до 4х дней в неделю (100%), их интенсивность варьировала от 3 до 6 баллов по ВАШ с эпизодами временного нарушения трудоспособности. У участников с синдромом эпигастральной боли частота эпизодов боли варьировала от 2х до 5 в недели, с интенсивностью от 3 до 7 баллов по ВАШ. При повторной оценке после курса холистического пульсационного массажа симптомы пищеводных болей прекратились у 67% участников, у 33% – частота болевых эпизодов уменьшилась до 2х в месяц, а эпизоды эпигастральной боли прекратились у 57% участников, и уменьшились до 2х в неделю с интенсивностью 2-4 балла по ВАШ у 43%. Через шесть месяцев после завершения курса холистического пульсационного массажа отмечалось сохранение устойчивого результата без рецидивов болевого синдрома у 67% участников с пищеводными болями и у 71% участников с эпигастральным болевым синдромом. **Заключение.** Холистический пульсационный массаж продемонстрировал свою эффективность в лечении функционального болевого синдрома пищеводного и желудочного происхождения.

# **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

**МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ ВЗРОСЛОГО  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ**  
**Кулебакина С.Ф., Колесова Ю.В., Ларина И.А.**  
**БУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница»**  
**Ленинск-Кузнецкий**

Methods of cognitive rehabilitation with adult day hospital patients based on GBUZ LKPB  
Kulebakina S.F., Kolesova Yu.V., Larina I.A.

В последние годы в нашей стране внедряются современные методы в реабилитации больных, направленные на сохранение психического здоровья, психосоциальную адаптацию пациентов обществе. Использование в работе разных техник направленных на развитие когнитивных навыков, помогает пациентам социализироваться.

Когнитивная реабилитация – это мост, который соединяет медицинской лечение с повседневной реальностью, помогая людям не просто справиться с болезнью, но и вновь стать полноценным участником общества. Напоминает нам о невероятной способности человеческого мозга к адаптации и восстановлению, и о том, что каждый шаг на пути к выздоровлению, не зависимо от его размера, имеет значение. (4.с. 95-99)

Выполнение основной цели оказания психиатрической помощи больным различными формами шизофрении- восстановление психического, психологического, семейного и социального статуса пациента, позволяющего реинтегрироваться в общество с учетом клинических предпосылок, осуществляется на основе комплексного биopsихосоциального подхода в процессе выполнения широкого комплекса реабилитационных мероприятий. Основные задачи специализированной психиатрической помощи в реабилитации больных шизофренией решаются в условиях диспансера (диспансерного отделения), дневного стационара (ДС), стационара на дому (СНД), лечебно-производственных (трудовых) мастерских (ЛПМ) и больничных отделений.

Исследования показали, что полустационары способствуют большей адаптации больных с психическими расстройствами в обществе в связи с отсутствием депривации, угрозы госпитализма, дают возможность создания оптимальных условий для реинтегративной терапии. Рассмотрим один из методов коррекционно-реабилитационной работы с пациентами взрослого дневного стационара на базе ГБУЗ ЛКПБ.

Методы когнитивной реабилитации включают различные виды терапии, такие как музыкотерапия, арт-терапия, танцевальная терапия, нейробика, специальные упражнения, направленные на восстановление конкретных когнитивных функций.

Рассмотрим некоторые техники, используемые в работе.

**Музыкотерапия.** Используем музыку в качестве инструмента для стимуляции мозга и улучшения когнитивных функций. Этот метод может включать как пассивное слушание музыки, так и активное участие в музыкальной деятельности, такой как пение или игра на музыкальных инструментах. Музыкотерапия помогает улучшить настроение, снизить уровень стресса и стимулировать память.

**Арт-терапия.** Включает в себя различные виды художественного творчества, такие как рисование, живопись, лепка и другие виды визуального искусства. Этот метод позволяет выражать чувства и мысли через творческий процесс, что способствует улучшению

эмоционального состояния и когнитивных функций, таких как внимание и концентрация. Нейробика. Метод когнитивной стимуляции, предложенный нейробиологом Лоренсом Кацом и писателем Мэннингом Рубином. Он основан на выполнении привычных действий непривычным способом для стимуляции мозга и укрепления памяти. Эта гимнастика в большей мере носит профилактическое направление и может использоваться для стабилизации процесса когнитивных нарушений.

Интерактивные игры и задания на логику. Игры могут включать разнообразные задачи на логическое мышление, память, внимание, восприятие или скорость реакции. Использование головоломок, кроссвордов и разнообразных заданий на развитие логики. Ни являются популярным средством для стимуляции умственной активности. В процессе работы с пациентами эти методы могут быть использованы в различных комбинациях и адаптированы в зависимости от индивидуальных потребностей и целей каждого пациента. В исследование включены пациенты взрослого дневного стационара. Занятия с пациентами дневного стационара проводятся в течение года, 1-2 раза в неделю в зависимости от нагрузки медицинского психолога. По времени продолжительность занятий длится от 60-90 минут, численность пациентов не превышает 15-20 человек. Работа проводится бригадным методом, медицинский психолог, психиатр, социальный работник, также к работе привлекается медицинская сестра по реабилитации, которая является помощником для психолога. В ее обязанности входит организовать рабочее место пациентов, предоставить карандаши, альбом, кисти, краски или другой подручный материал, используемый в работе. Она включается в активную деятельность в работе с пациентами, проявляет инициативность, советуется с психологом, какие техники использовать в течение недели с больными. Она может проводить с ними разные викторины, построенные по принципу «Вопросы и ответы», может проводить с гимнастику, танцевальную терапию, трудотерапию.

Игровые и творческие подходы, используемые для стимуляции когнитивных функций, включают в себя активность, такие как рисование, музыка, настольные игры, выполнение логических задач и т.д. В обсуждениях с пациентами участвующих в тренинге делается упор на поддержку в трудных ситуациях выбора, помочь в информации. На практике пациенты несколько раз убеждаются в том, что первый взгляд и стойкая приверженность предыдущему опыту являются причиной ошибочных суждений. В результате перенесенного инсайта больные начинают с большей критикой относиться к своим убеждениям, уточнять информацию, корректировать свои действия в процессе решения проблемной ситуации. Коммуникация во время тренинга и логические задачи, носит увлекательный характер, и многие пациенты испытывают интерес к новым задачам и словам, иногда прибегая даже к интернет-ресурсам. Это помогает пациентам самостоятельно организовать свою деятельность. Они начинают изучать что-то новое, чего не было в их лексиконе. Читают литературу, на следующих занятиях обсуждают с психологом то, что у них вызвало интерес. При подборе занятий часто учитывается мнение пациента, как построить следующее занятие. В процессе когнитивных тренингов психолог стремится изменить мышление больного, противостоять его тенденции акцентировать внимание на латентных признаках. Когнитивные тренинги в большей степени ориентированы на упражнения специфических когнитивных способностей. Они сфокусированы на самих когнитивных процессах, а не на подаче информации, необходимой для социальной деятельности больного.

Варианты когнитивных тренингов:  
«Посещение магазина»

1. Составление списка необходимых товаров
2. Планирование затрат
3. Планирование последовательности действий при посещении магазина

4. Приемы лучшего запоминания информации, необходимой для посещения магазина «Маршрут»  
 1. Вербальное описание маршрута  
 2. Определение значимых стимулов (знаков), облегчающих запоминание маршрута движения  
 3. Составление списка значимых стимулов (знаков)  
 4. Графическое изображение маршрута движения маршрута движения  
 5. Визуализация маршрута движения в запоминающих образах  
 «Статья в журнале»  
 1. Чтение статьи вслух  
 2. Общее изложения смысла статьи  
 3. Внимание к отдельным деталям  
 «Сортировка карточек»  
 1. Калибровка различной степени концентрации внимания  
 2. Работа с когнитивными ошибками сортировки  
 3. Составление списка вербальных инструкций-указаний  
 4. Выделение закрепляющих фраз («поддерживающие инструкции»)

Курс когнитивной реабилитации помогает мотивировать пациента на лечение, на примере занятий с одной группой пациентов, привлекаются другие. В процессе занятий пациенты осознают, как сказываются когнитивные нарушения на качестве их жизни. В результате тренингов у пациентов проявляется интерес, стремление восстановить свои когнитивные способности для того, чтобы жить дальше, планировать свое будущее, строить планы на день, иметь интересную работу, друзей, самостоятельно готовить и принимать пищу, находиться дома, а не в стенах психиатрической больницы.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ С РИСКОМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Мальсагова М. М.**

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой  
 ДЗМ  
 Г. Москва

**Using Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Adolescents at Risk of Suicidal Behavior: Possibilities and Applications**  
 Malsagova M. M.

"Суицидальное поведение детей школьного возраста является серьезной биомедицинской проблемой и в настоящее время достигает глобального междисциплинарного значения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно более 800 000 человек умирают по причине суицида. При этом, среди подростков, суицид – это вторая причина по смертности после ДТП, в некоторые годы выходя на первый план. Таким образом, ВОЗ считает предупреждение суицидального поведения – приоритетной задачей общественного здравоохранения (Кошенова, Волохова, 2019; Patra et al., 2022).

При скрининговом исследовании учащихся школ до 80% мальчиков и до 75% девочек демонстрируют показатели среднего и высокого суицидального риска (Королькова, 2023). При этом достоверно известно, что в городах уровень суицидального риска среди подростков выше, чем в сельской местности (Бойко и др., 2022; Спадерова и др., 2018).

Таким образом, становится понятной необходимость социально-педагогической, психологической и клинической интервенции для выявления и предотвращения суицидального риска среди детей и подростков.

Терапия принятия и ответственности - поведенческий трансдиагностический подход, целью которого является развитие психологической гибкости через навыки осознанности, принятия и изменения поведения, способствующая установлению контакта с ценностями и повышению качества жизни (Hayes, Pierson, 2005).

В данном подходе суицидальное поведение рассматривается как попытка контролировать физическую и эмоциональную боль, что представляет собой крайнюю форму избегания болезненных переживаний (Murrell et al., 2014). Исследования показывают, что развитие психологической гибкости снижает риск суицидального поведения (Barnes et al, 2017).

В систематическом обзоре было показано, что использование терапии принятия и ответственности статистически значимо снижает интенсивность суицидальных мыслей и риск совершения суицида (Ortas-Barajas, 2024).

В рамках программы постгоспитального сопровождения подростков с риском суицидального поведения в Центре имени Е.Г. Сухаревой проводится коррекционная работа с использованием терапии принятия и ответственности как в индивидуальном, так и групповом форматах.

Основными психотерапевтическими мишенями в коррекции с данными пациентами являются:

Социальная адаптация подростка через работу с экспериенциальным избеганием.

Формирование устойчивой самоидентичности путем определения ориентиров, ценностей и целей.

Работа с критикующей частью психики и развитие навыков осознанности, самосострадания и принятия.

Развитие коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта через техники принятия и осознанности.

Групповой формат занятий способствует снижению интенсивности суицидальных мыслей среди подростков и улучшению навыков эмоциональной саморегуляции (Haghbin et al, 2023). В исследовании приняло участие 30 человек (15 - контрольная группа, 15 - экспериментальная). Экспериментальная группа получила восемь 90-минутных групповых занятий. АСТ, а контрольная группа была поставлена в список ожидания. Результаты показали, что существует значительное различие между экспериментальной и контрольной группами по средним баллам эмоциональной регуляции и суицидальных мыслей (Haghbin, 2023). Развитие навыков осознанности, принятия болезненных переживаний и готовности к разделению своих чувств с другими способствует более глубокому пониманию себя и своих эмоций. Это позволяет участникам лучше справляться с трудными моментами и находить поддержку в группе.

Из данных самоотчетов ( $n=45$ ), прошедших курс терапии принятия и ответственности показано, что развитие навыков осознанности, принятия болезненных переживаний и изменения поведения, способствуют адаптации к школе, повышению устойчивости к стрессовым ситуациям, формированию навыков эмоциональной регуляции и сострадательного отношения к себе.

Вместе с этим важно отметить, что суицидальное поведение часто сопровождаются интенсивными и подавляющими эмоциями, и принятие этих переживаний может оказаться сложным или даже опасным, если не обеспечивается должная поддержка и безопасное

пространство. В таких случаях необходимо сначала работать над стабилизацией состояния подростка и созданием безопасного пространства. Кроме того, терапия принятия и ответственности требует активной вовлеченности человека в процесс. Однако подростки с суицидальным поведением могут испытывать апатию, низкую мотивацию и трудности с самонаблюдением. Это может ограничить эффективность техник терапии принятия и ответственности, которые зависят от мотивации подростков и его готовности к изменениям. В дальнейшем необходимо провести дополнительные исследования для изучения возможностей и ограничений терапии принятия и ответственности в работе с подростками с риском суицидального поведения.

## **ВЛИЯНИЕ УЧАСТИЯ РОДСТВЕННИКА В СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ НА СИМЕЙНУЮ СИСТЕМУ: АНАЛИЗ ЗАПРОСОВ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Радченко В.В.**

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.

Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы

г. Москва

**The impact of a relative's participation in a special military operation on the family system: an analysis of requests and practical aspects.**

**Radchenko V. V.**

"События, связанные со специальной военной операцией, затрагивают значительную часть российского общества. Эти события оказывают влияние на все аспекты семейной жизни, от коммуникации и динамики отношений до эмоционального, психологического и финансового благополучия. Резкие изменения в семейной системе, вызванные отсутствием члена семьи, угрозой его жизни и здоровью, а также потенциальной утратой, создают значительные вызовы для семейного благополучия. Участие родственника в СВО порождает уникальный тип семейного кризиса, отличающийся от традиционных моделей, а именно выступает в качестве новой причины ненормативного семейного кризиса. Он характеризуется высоким уровнем неопределенности, риском потерь (физических и психологических) и специфическими психологическими травмами. Несмотря на масштаб проблемы, научные исследования, посвященные специфике семейных кризисов, вызванных участием родственников в СВО пока ограничены. Обсуждение представленных статистических данных и их анализ позволит восполнить этот пробел и способствовать развитию научного знания в данной области. Выводы могут быть использованы для разработки эффективных практических рекомендаций для специалистов (психологов, социальных работников, медиков) и разработки целевых программ поддержки семей, испытывающих трудности, связанные с участием родственников в СВО. Ненормативный семейный кризис — это кризис, возникновение которого потенциально возможно на любом этапе жизненного цикла семьи и связано с переживанием негативных жизненных событий, определяемых как кризисные. В семейном кризисе можно выделить две потенциальные линии дальнейшего развития семьи:

1. Деструктивная, ведущая к нарушению семейных взаимодействий и содержащая вероятность разрушения этих отношений.

2. Конструктивная, заключающая в себе потенциальную возможность перехода семьи на новый уровень функционирования.

Изучение отсутствия родственника в связи с участием в СВО как причины возникновения ненормативного семейного кризиса имеет решающее значение для оказания адекватной поддержки и вмешательства для таких семей. Стресс, связанный с СВО, может усугубить существующие проблемы в семье, вывести из равновесия имеющиеся механизмы преодоления трудностей и привести к нарушению коммуникации, конфликтам и эмоциональному отдалению между родителями и детьми. В отсутствие одного из родителей, другой родитель может

столкнуться с перегрузкой и не справляться с новыми ролями и ответственностью, что отражается на отношениях с детьми.

В исследовании обобщен годовой опыт работы медицинского психолога в Едином центре поддержки участников СВО и их семей. Основная цель Единого центра поддержки — оказание всесторонней помощи участникам СВО и членам их семей. Психологическую помощь оказывают специалисты Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ.

В исследовании проанализированы основные запросы, с которыми обращаются семьи участников СВО. На основании 154 консультаций с 40 семьями участников СВО выявлено, что наиболее частым в работе психолога является запрос, связанный с трудностями в детско-родительских отношениях – 37,6% из всех обращений. Чаще всего инициаторами обращения к психологу с данным запросом являются матери. Семья, находящаяся в ненормативном кризисе вынуждена перестраивать свою структуру, в том числе семейную иерархию. Дети в подобных семьях могут брать на себя роль ушедшего родителя, быть подвержены так называемой парентификации и помогать оставшемуся родителю справляться с тревогой, что в свою очередь способно увеличивать напряжение в семье и ухудшать детско-родительское взаимодействие. Также обращает на себя внимание социальная приемлемость обращения к психологу по поводу поведения ребенка и трудностей отношения с ним. При этом в ряде случаев обращение по поводу трудностей в детско-родительских отношениях является маскирующим основные мишени психологической работы, например тревогу матери или переживания, связанные с утратой близкого.

Самыми частыми запросами среди детей и подростков являются расстройства настроения (сниженное настроение, тревожность) – 22,7% из всех запросов и трудности в общении со сверстниками - 20,7%. Это может быть связано с рядом факторов: неопределенностью относительно судьбы родителя, участвующего в СВО, изменением семейной структуры, напряженностью в семье и как следствие увеличением конфликтов, влиянием стресса на социальные навыки ребенка, а также недостатком внимания и поддержки внутри семьи. При этом в работе с подобными запросами важно иметь в виду, что чаще данные факторы не являются причиной трудностей, а усугубляют имеющиеся проблемы.

Обращений, связанных с переживанием утраты и гореванием – 4,5% из всех запросов. Предположительно, это может быть связано с тем, что семьи могут испытывать стыд или вину за то, что переживают горе, считая, что их чувства неадекватны по сравнению с трагедиями других. Они могут воспринимать свои проблемы незначительными на фоне общего масштаба события.

Нами была предпринята попытка анализа влияния участия родственника в СВО на психоэмоциональное состояние ребенка. В результате было выявлено, что в 25% случаях ухудшение психоэмоционального состояния детей на прямую связано с уходом родственника на СВО, в частности это случаи переживания разлуки или горя, в 29,44% случаях психоэмоциональное состояние ребенка никак не изменилось с уходом родственника на СВО, в частности это случаи, когда отцы уже давно не проживали с данной семьей, а так же случаи, когда психологические трудности ребенка возникли задолго до участия родственника на СВО.

Выводы:

1. Участие родственника в СВО порождает ненормативный семейный кризис, требующий анализа уровня функционирования семьи до кризиса. В начале работы с семьей участника СВО важно собирать наиболее полную информацию об общем уровне функционирования семьи до ухода родственника на СВО, подробно изучать обстоятельства возникновения проблемы.
2. Участие родственника в СВО не всегда может являться экстремальным событием, ведущим к психологической травматизации членов семьи. В некоторых случаях психологические и эмоциональные трудности ребенка и в самой семье могут быть не связаны с участием родственника в СВО. При этом отсутствие члена семьи и его участие в СВО может являться отягчающим фактором в поддержании проблемы.
3. Основные психологические запросы семей связаны с нарушениями детско-родительских отношений, что указывает на необходимость системного подхода в работе с семьями и детьми.

4. Анализ запросов семей участников СВО выявляет необходимость учитывать широкий спектр факторов, включая предшествующую динамику семейных отношений и уникальные особенности каждого случая.

## **РАБОТА МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В КАБИНЕТЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Беляева Е.Е.**

**ГАУЗ "Городская поликлиника №3"**

**Набережные Челны**

**The work of a medical psychologist in a medical-psychological consulting room**

**Beliaeva E. E.**

В статье представлены 3 клинических случая из практики медицинского психолога, работающего в городской поликлинике соматической сети в кабинете медико-психологического консультирования.

Ситуация 1 - Направление к профильному врачу, мотивация к лечению, устранение страхов, связанных с обращением к психиатру.

На приеме мужчина, 25 лет Жалобы: потеря интереса к жизни, ангедония, усталость, отсутствие сил, ощущение бессмыслицы жизни, суицидальные мысли.

Результаты предварительного опроса: причин для депрессии не видит, в жизни всё хорошо - семья, друзья, работа. Серьёзные потрясения (смерть близких людей, животных, развод, увольнение, чрезвычайные ситуации и др.) - отрицает.

В результате более подробных расспросов выяснено:

Депрессивное состояния уже не впервые. Бывают состояния, длиющиеся более 2-х недель подряд, когда мужчина приобретает новые (часто ненужные) вещи, тратит деньги больше, чем обычно, берет кредиты, чувствует небывалый подъём сил, строит нереалистичные планы на будущее, начинает активно знакомиться с женщинами несмотря на наличие постоянных отношений. В этот период может употреблять запрещённые вещества (хотя это для него нехарактерно), спит меньше, чем обычно, но чувствует себя максимально бодро. Женщина, с которой он живёт, не раз говорила, что ему нужна помощь психиатра.

У психиатра ни разу не был, никакие препараты для стабилизации настроения не принимает. Заподозрено: биполярное аффективное расстройство 2 типа.

Определены следующие задачи:

- убедить молодого человека обратиться к психиатру, позже убедить мужчину принимать препараты, выписанные врачом.
- способствовать выработке доверия к врачу, убедить в необходимости сообщать психиатру о побочных эффектах и не прекращать прием лекарств без согласования с доктором.

В работе использовались:

- мотивационное интервью
- сократический диалог с целью снижения самостигматизации
- психообразование
- элементы когнитивно-поведенческой терапии

Итог: После 2-й встречи молодой человек обращается к психиатру. После 3-й встречи начинает лечение ламотриджином. Приходит ещё несколько раз на приём, отмечая улучшение состояния и задавая вопросы о своём заболевании. Далее встречи заканчиваются, т.к. жалобы уходят, мужчина принимает диагноз и работает с врачом.

Ситуация 2 - Действия, направленные на предотвращение опасности для несовершеннолетнего ребенка.

Женщина, 32 года. На прием приходит несколько раз, каждый раз с разными жалобами (обиды из детства на мать, сестру и тд). В диалогах часто переключается с темы на тему без видимых причин, озабочена исключительно своим комфортом, заметно отсутствие сочувствия, сопереживания, эмпатии.

В результате диалогов нескольких встреч постепенно выясняется:

У женщины есть ребенок около 5 месяцев. Живут вдвоем с мужем, целыми днями муж на работе, она одна с ребёнком. Ещё до родов она проходила лечение в психоневрологическом диспансере и выписана оттуда с диагнозом параноидная шизофрения. На четвертой встрече рассказывает, что ее стал раздражать шум, вследствие чего она зажимает рот ребенку, когда он плачет. Муж был не в курсе этого. Лечение, которое было назначено после выписки из стационара женщина прекратила по собственному желанию.

Действия психолога: приглашен муж, которому жена по просьбе психолога повторила свои действия относительно ребенка, когда он плачет. Проведена индивидуальная беседа с мужем с разъяснениями возможных проявлений диагноза жены, а также с информированием возможных предвестников обострения заболевания. До мужа доведена необходимость соблюдения рекомендаций врачей ПНД. Сначала индивидуально с мужем было принято решение о том, чтобы в целях безопасности ребенка в семье проживал свёкор. Далее это предложение было озвучено жене, которая достаточно легко согласилась на это, очевидно, что заниматься ребенком ей не хотелось, каких-то эмоций по отношению к нему в словах, эмоциях, мимике она не проявляла.

С женщиной была проведена беседа с целью убедить в необходимости лечения, потому что «сейчас всё раздражает и тяжело, а если лечиться, то будет легче».

Уведомление начмеда поликлиники об опасной для ребёнка ситуации. По указанию начмеда ситуация была изложена в письменном виде подробно, после чего от имени поликлиники было отправлено уведомление начмеду психоневрологического диспансера.

Итог: свёкор переехал к семье, женщину с мужем пригласили в ПНД телефонным звонком, они пошли. Более на прием она не приходила.

### Ситуация 3 - устранение страха операции.

Женщина, 60 лет. Жалобы - страх полостной операции под полным наркозом.

Этапы работы:

Составление списка всех возможных исходов операции.

Составление подробного плана действий на каждый из вариантов исхода.

Согласование каждого плана с родственниками по тем пунктам, где может потребоваться их участие.

На очередной консультации проводилась подробная визуализация благополучного исхода операции - как очнулась, что сказала и тд.

Итог: после завершения всех этапов, работы, которые заняли несколько встреч, женщина сказала, что она почти не боится и всё хорошо. Операция прошла успешно, женщина связалась с психологом, чтобы сообщить о благоприятном исходе операции и поблагодарить за помощь.

Также в рамках работы кабинета медико-психологического консультирования проводились лекции по психообразованию, направленные на информирование людей в различных темах, касающихся психического благополучия.

Медицинский психолог проводит лекции для пациентов поликлиники по следующим темам: «Панические атаки» - приглашаются те, кто страдает от панических атак и их родственники. На лекциях люди узнают основные симптомы панических атак и их отличия от реального жизнеугрожающего состояния. Психолог даёт техники саморелаксации. Родственникам

психолог объясняет, что это реальное заболевание и “возьми себя в руки” не поможет. Пришедшем на лекцию предлагается прийти на индивидуальную встречу и при необходимости обратиться за помощью к врачу-психотерапевту.

«Как общаться с бойцами, находящимися на СВО» - родственники информируются об особенностях общения с бойцами, пока они находятся на СВО. Также слушателей информируют о диагнозе ПТСР и основных его особенностях и симптомах. Ставится задача - по возвращении бойца убедить его обратиться к медицинскому психологу.

«Для родственников психически больных пациентов» - эти лекции предназначены исключительно для родственников больных, но не для самих пациентов, так как здесь речь идёт о заболеваниях психотического уровня. На лекциях раскрываются особенности болезней, особенности общения с такими пациентами. Большое внимание уделяется необходимости любыми доступными методами убедить больного пойти на приём к психиатру, а также любыми доступными способами убеждать принимать назначенные лекарства. Психолог рассказывает об опасностях, которые может представлять больной для себя и окружающих, если окажется без соответствующего врачебного наблюдения и лечения.

## **СЕКРЕТ УСПЕХА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ**

**Козлов М.Ю.**

ГБУЗ ПКБ №4 ДЗМ

Москва

The secret to the success of evidence-based psychotherapy for borderline personality disorder

Kozlov M. Yu.

"Психотерапия, несмотря на большую значимость назначения ПФТ, особенно при коморбидных состояниях, считается первой линией лечения личностных расстройств, в частности пограничного, поскольку оно является одним из самых распространенных среди РЛ и по некоторым оценкам имеется у 2-3% популяции. Среди наиболее изученных подходов к психотерапии ПРЛ выделяется диалектико-поведенческая психотерапия (ДБТ) и сфокусированная на переносе психотерапия (ТФП), первый подход относится к когнитивно-поведенческому направлению, второй к психодинамическому (психоаналитическому). Исследования эффективности, на основе таких параметров, как: досрочное прекращение лечения, выраженность симптомов ПРЛ, общее функционирование, количество самоповреждений и уровень социальной адаптации показывают сопоставимую эффективность обоих методов, которая в среднем выше чем у неспецифических для ПРЛ методов психотерапии. Более того, сопоставимый эффект показан и на уровне нейробиологических коррелятов, в ходе проведения эмоционально-лингвистических исследований с применением фМРТ, были показаны стойкие изменения в когнитивно-эмоциональных областях мозга в виде повышения активности дорсальной префронтальной коры (дорсальной передней поясной извилины, дорсолатеральной префронтальной коры и фронтополярной коры) и относительным снижением активности вентролатеральной префронтальной коры и гиппокампа. При этом изменения активности различных областей, коррелировали с клиническим улучшением по разным доменам (снижение аффективной лабильности положительно коррелировало с активацией левой заднемедиальной орбитофронтальной коры/центрального стриатума и отрицательно - с активацией правой миндалины/парагиппокампальной извилины).

Главный вопрос, в связи с результатами многочисленных компаративных исследований, в чем секрет успеха двух подходов, основанных на двух разнополярных теориях – радикальном бихевиоризме и теории объектных отношений? По данным мета-анализов и нарративных обзоров, посвященных этой теме, мы можем отметить один важный фактор, а именно: высокий уровень подготовки и опыта специалистов, проводивших лечение в соответствии со своими методами, независимо от теоретической ориентации. Оценки наблюдателей, сходятся во мнении, что сами специалисты, работающие с ПРЛ, предлагают своим пациентам более сложные сочетания эмпатии/валидации и конфронтации/интерпретации, чем специалисты без специальной подготовки для работы с ПРЛ. Кроме того, оба подхода являются достаточно интенсивными, структурированными и имеют подробные мануалы по проведению. Главные положения о развитии и целях коррекции ПРЛ в двух подходах формулируются, так:

1. Психодинамическая концептуализация: центральный элемент, это психологическая незрелость, неспособность создать сложные, последовательные и реалистичные представления о себе и других людях, искаженные и бессвязные репрезентации мешают вести себя последовательно, целесообразно и целенаправленно, способствуют колебаниям аффекта. Общая хаотичность когнитивных и эмоциональных процессов описывается термином – «спутанной идентичности».

2. Когнитивно-поведенческая концептуализация: биосоциальная - сочетание повышенной эмоциональной уязвимости с неадекватной и некорrigирующей средой (инвалидация и отсутствие адекватной поддержки) неспособной обучить поведенческому контролю над эмоциями, что постепенно приводит к непониманию своих и чужих реакций, несостоятельности собственного «я».

Несмотря на различные теоретические положения и психотехнику (тренировка навыков в ДБТ vs исследование и интерпретация бессознательных конфликтов и эмоций в ТФП), оба подхода формулируют центральную проблему схожим образом, и имеют разногласие относительно соотношения биологического/социального, сознательного/бессознательного и направленности отдельных причинно-следственных связей. Тот факт, что два столь различных по техническому исполнению подхода показывают сходную эффективность, позволяет предположить, что дело совершенно не в развитии совладающих навыков или установлении бессознательных конфликтов, а в чем-то еще. Что может претендовать на роль общего терапевтического фактора? Проведенные исследования, предлагают на его роль - повышение уровня рефлексивного функционирования (ментализации), определяемого как интерпретацию поведения самого себя и других как мотивированного определенными психическими состояниями или, проще говоря, как способность распознавать и понимать внутренние психические состояния и эмоциональные переживания у себя и других людей. Традиционное Q-Set тестирование, подтвердило повышение уровня рефлексивного функционирования в ходе прохождения ТФП и ДБТ, вероятнее всего, развитие рефлексивных функций может быть латентным процессом, объединяющим оба подхода. Если вернуться к началу, мы увидим, что среди объединяющих оба подхода факторов – был опыт, компетентность и определенная когнитивная сложность (соотношение разнонаправленных интервенций – валидации и конфронтации в своей работе) специалистов, работающих с ПРЛ, исходя из этого можно предположить достаточно высокий уровень развития рефлексивных функций самих специалистов, что в значительной степени позволяет им быть моделью и проводником для интеграции сложных аффективно-когнитивных процессов.

Вполне вероятно, что хорошую способность к ментализации и стимулирование ее развития у пациентов, можно считать ведущим терапевтическим фактором, объединяющим оба подхода. Важно отметить, что само понятие «рефлексивных функций» вошло в психологию, благодаря исследованиям Питера Фонаги, в контексте изучения детско-родительских отношений и теории

привязанности. По его данным, у родителей с надежным стилем привязанности и высокими показателями РФ было больше шансов сформировать их у детей, поскольку матери с высоким уровнем рефлексивного функционирования способны осмыслить свой собственный опыт привязанности, а также иметь внутреннее представление об аффективном опыте своего ребенка. Сочетание связности самоописания собственного детства и способности понимать поведение ребенка помогает матери реагировать эмпатически, тем самым обеспечивать ребенка чувством защищенности и безопасности и обучать его эффективным способам самоотношения и саморегулирования.

Исходя из вышеизложенного, специалистам, работающим с ПРЛ полезно обращать внимание не столько на технику исполнения психотерапевтического протокола, сколько на качество отношений, ключевым параметром которых будет надежность привязанности (терапевтические отношения), что позволит развить РФ и создать условия для дозревания и доразвития социально-когнитивных областей мозга и таким образом снизить выраженность клинических симптомов ПРЛ. Кроме того, специалисту полезно развивать собственные РФ и стремиться к улучшению собственных социально-эмоциональных когнитивных процессов, для чего могут быть полезны соответствующие тренинговые программы.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ТРЕНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗАЦИИ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ**

**Бузина Т.С., Ходос Ю.В., Панкова Д.П., Колпаков Я.В., Ялтонская А.В., Воробьева Т.В.,  
Ялтонский В.М., Сирота Н.А.**

ФГБОУ ВО "РосУниМед" Минздрава России, ФГБОУ ВО "РГГУ" Минобрнауки России, НОЧУ  
ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", ООО "Институт схема-терапии"

Факультеты практической и клинической психологии, Институт психологии им. Л.С.  
Выготского  
Москва

Psychological evaluation of the effectiveness of a training program for the development of life skills of  
coping behavior and strengthening hardiness in secondary prevention of alcohol abuse

Buzina T.S., Hodos J.V., Pankova D.P., Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V., Vorob'eva T.V.,  
Yaltonsky V.M., Sirota N.A.

Актуальность. Алкоголизация несовершеннолетних в России является острой социальной проблемой. Точных данных о систематическом употреблении <...> алкогольной и спиртосодержащей продукции (п. 3, ст. 1, ФЗ от 24.06.1999 N 120-ФЗ) несовершеннолетними в России нет. Последние данные ННЦ наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России для подростков от 15 до 17 лет (в соотв. со ст. 20.22 «Нхождение в состоянии опьянения несовершеннолетних, потребление (распитие) ими алкогольной и спиртосодержащей продукции <...>» КоАП РФ от 30.12.2001 N 195-ФЗ) на 100 тыс. возрастной указанной когорты показывают, что в 2,9 случаях имеет место синдром зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10), в 322,7 случаях – употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1 по МКБ-10) [9]. Решением данной ситуации является внедрение эффективных программ профилактики. Нами была разработана и апробирована тренинговая программа развития жизненных навыков совладающего поведения и укрепления жизнестойкости во вторичной профилактике рискованной алкоголизации старших подростков. Цель исследования – психологическая оценка результативности этой программы.

Жизнестойкость (hardiness) - способность личности выдерживать стрессовые ситуации, сохраняя при этом внутреннюю сбалансированность без снижения успешности деятельности – является ресурсом совладающего поведения и играет важную роль профилактике аддиктивного поведения (в т.ч. у старших подростков).

Материалы и методы. Выборка была сформирована из 50 старших подростков (возраст от 16 до 18 лет, средний –  $16,62 \pm 0,64$  года) обоих полов (31 девушка, 19 юношей), учащихся старших классов (9-11го) одной из средних общеобразовательных школ г. Москвы. Дизайн исследования предполагал разделение выборки на основную и контрольную группы сравнения по степени выраженности рискованной алкоголизации по тесту RUS-AUDIT. Основная группа состояла из 14 девушек и 10 юношей (ср. возраст -  $16,63 \pm 0,65$  года), с распределением баллов по RUS-AUDIT от 6 до 11 (среднее –  $8,50 \pm 1,38$  балла), которые прошли разработанную тренинговую программу. Контрольная группа состояла из 17 девушек и 9 юношей (ср. возраст –  $16,62 \pm 0,64$  года), с распределением баллов по RUS-AUDIT от 5 до 12 (среднее –  $7,89 \pm 1,90$  балла), которые не проходили разработанную тренинговую программу. Значимости различий между группами по нормально равномерно распределённым (по критерию Z Колмогорова-Смирнова с поправкой Лильефорса) возрасту и показателю RUS-AUDIT (в обеих группах сравнения интерпретируется как проблемное употребление алкоголя по индексу Юдена) по непараметрическому критерию U Манна-Уитни не выявлено –  $p > 0,05$ . Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета компьютерных программ IBM SPSS Statistics 30.0.0 ® (2024) с использованием стандартных процедур.

Результаты. В ходе исследования оценка результативности разработанной тренинговой программы проводилась с расчётом динамики показателя по RUS-AUDIT и показателей по «Тесту жизнестойкости». Использовался критерий знаковых рангов W Вилкосона. По тесту RUS-AUDIT средний показатель достоверно снизился в основной группе до  $7,50 \pm 1,14$  балла, в контрольной группе достоверно не изменился, составив  $7,65 \pm 1,88$  балла ( $p < 0,001$ ). По ТЖС средний общий показатель достоверно увеличился с  $64,17 \pm 6,98$  балла до  $66,25 \pm 5,08$  балла в основной группе, в контрольной группе достоверно не изменился, составив на выходе  $62,46 \pm 6,46$  и  $63,08 \pm 6,41$  балла на выходе, соответственно ( $p \leq 0,001$  по W Вилкоаксона между измерениями,  $p > 0,05$  по U Манна-Уитни между группами сравнения). Этот же тренд выявлен для факторов жизнестойкости «Вовлечённость», «Контроль» и «Принятие риска» в сравнении динамики между группами сравнения и измерениями в контрольной группе. Тогда как в основной группе достоверно не изменилась только «Вовлечённость» на выходе по сравнению с входными значениями ( $p > 0,05$ ), по факторам «Контроль» и «Принятие риска» увеличилась ( $p < 0,002$ ). Заключение и выводы. Исследование показало положительную результативность разработанной тренинговой программы. Она может быть рекомендована для внедрения в средних общеобразовательных учреждениях в целях вторичной профилактики рискованной алкоголизации старших подростков.

## **ПРОБЛЕМА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

**Пилипенко А.С., Александров П.К., Колпаков Я.В.**

ГБУ "СД "Москворечье" и "СД "Нагатино-Садовники" ДТиСЗН г. Москвы, НОЧУ ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", НКО «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья»

Институт практической и клинической психологии, кафедра консультативной психологии  
Москва

The problem of clinical psychological assessment of traumatic experience in elderly people in social service institutions

Pilipenko A.S., Aleksandrov P.K., Kolpakov Ya.V.

Согласно классификации ВОЗ к пожилому возрасту относятся люди 60-74 лет. Специальных исследований психотравматизации (в частности посттравматического стрессового расстройства - ПТСР) у лиц пожилого возраста не проводится. Есть лишь указания на травматический опыт утраты близких, комбатантную психотравму ветеранов боевых действий, стёртую симптоматику вследствие диффузно-органических поражений и расстройств деятельности головного мозга (в т.ч. как естественного исхода дементивных заболеваний, длительного злоупотребления алкоголем). Но развитие современных методов психофармакотерапии требует дифференциальной диагностики и таргетированной коррекции вышеуказанных расстройств. 1). С учётом того, что таргет-группа – это лица пожилого возраста, проходящие амбулаторно-поликлиническое и стационарное наблюдение в учреждениях социального обслуживания населения зачастую с выраженным когнитивным дефицитом вследствие диффузно-органических поражений и расстройств деятельности головного мозга (в т.ч. как естественного исхода дементивных заболеваний, длительного злоупотребления алкоголем), потенциально имеющие накопленный травматический опыт – к ним неприменимы стандартизованные методы клинико-психологической диагностики ПТСР (например, OTC, CAPS-5, CMS for PTSD-R, IES-R, PSSI-5 и др.). 2). Предлагаются шорт-формы для оценки травматического опыта, а именно «Опросник травматических событий» (LEQ(8+36), 1978) и «Чек-лист ПТСР» (PCL-5-C(20), 2011). 3). С целью дифференциальной психодиагностики предлагается использовать шорт-формы для оценки: а) тревоги и депрессии – «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS(14), 1983); б) генерализованного тревожного расстройства – «Опросник генерализованного тревожного расстройства» (GAD-7(7), 2006); в) алкоголизации – опросник «CAGE»(4) (1984). 4). Для оценки общего состояния предлагаются «Шкала глобального функционирования» (GAF, 1995) и «Шкала оценки социального и профессионального функционирования» (PSP/SOFAS, 2000), шорт-форму оценки качества жизни (SF-36, 1997). 5). Для оценки ресурсов совладающего (копинг) поведения предлагаются краткие опросники «Индикатор копинг-стратегий» (CSI(33), 1990) и «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (MSPPS(12), 1988).

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕЗ В РАМКАХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

**Мелехин А.И.**

Гуманитарный институт им. Столыпина  
Москва

The diagnostic value of tears in the framework of the psychotherapeutic process  
Melehin A.I.

Несмотря на то, что плач, слезливость, слезы широки известны как частая и важная часть психотерапевтического процесса, им уделяется мало прямого или осознанного внимания. Несколько теорий, в которых эмоциональные или психические слезы (не рефлекторные, базальные) рассматриваются напрямую, обычно предполагают, что это благоприятный психотерапевтический опыт, обладающий катарсической и защитной ценностью, особенно есть пациент сам себе запрещает плакать или ему запрещали это делать. Хотя слезы нельзя рассматривать как симптом, они, тем не менее, являются видимым признаком состояния расстройства, выводящего пациента из состояния готовности говорить или, что еще лучше

сказать, лишающего его возможности говорить. Только, как знак, слезы не появляются без обращения к кому-либо. Выступают индикатором ужаса, меланхолии, заблуждения. Слезы могут выступать эффективным оружием, чтобы подавить другого. Наиболее часто пропагандируемая психотерапевтическая техника заключается в том, чтобы стимулировать плач и поддерживать того, кто плачет, показать, что слезы являются важной частью эмоциональной регуляции. В основе большинства этих теорий лежит ранняя теория аффектов З. Фрейда как количественных явлений, нуждающихся в выражении или высвобождении. И. Брейер и З. Фрейд в «Исследованиях по истерии» называют слезы «непроизвольными рефлексами», которые разряжают аффект так, что «большая часть аффекта исчезает». Для описания этого процесса они используют термин «*sich austoben*», который переводится как «выплакаться в одиночестве». Отсутствие плача, когда это было бы ожидаемо или уместно в конкретной ситуации, или отсутствие способности или желания плакать как части жизнедеятельности обычно рассматривается в клинической литературе как защитная реакция или симптоматическая, психофизиологическая реакция ряда психических расстройств. Плач, слезливость вызваны тем, что «Я» пациента временно находится под угрозой затопления сложными воспоминаниями и аффектами. В этот момент «Я» не может обеспечить адекватное, удовлетворяющее и целостное вербальное выражение. Слова и вербальное мышление у пациента задерживаются. В течение этого короткого периода происходит контролируемая регрессия, во время которой «Я» соотносит текущее «проводящее переживание» с более ранними конфликтными переживаниями в присутствии текущего объекта в качестве объекта переноса и с рядом отношений, настолько тесно связанных с этим опытом, что менее избирательное «Я» полностью или частично меняет их местами. Слезливость, слезы можно рассматривать как одну из регрессированных операций «Я». Сознательным переживанием может быть печаль, благодарность, любовь, гордость или радость. Но за всем этим скрывается контролируемая регрессия, которая прерывает вербальное выражение, в то время как «Я» работает над более ранними связанными конфликтами, которые теперь вспоминаются. Чувство слезливости, являющееся шагом в направлении открытого плача, примитивно выражает разочарование в связи с ранним желанием избавиться от боли, боли от дисбаланса сложного конфликта. Чувство слезливости одновременно выражает желание облегчить боль и, в то же время, прерывает текущее вербальное выражение до тех пор, пока необходимые защитные меры не уменьшают угрозу разрушения «Я», еще раз проработав старые конфликты. Плаксивость пациента является феноменом «чрезмерного» Я, который приводит к психофизиологическому выходу. Плач следует рассматривать как поведение привязанности. Плач в психотерапии, как в младенчестве, так и на протяжении всей жизни, является частью врожденной системы привязанности. В младенчестве плач - это поведение, направленное на выживание, призванное сигнализировать родителям, осуществляющим уход, о том, что они нуждаются в их присутствии и заботе. Согласно теории привязанности, разлука с опекуном является типичным поводом для детского плача. Потому что плач из-за смерти близкого, любимого человека это явление встречается в каждой культуре мира, даже если оно считается опасным для жизни, его можно рассматривать как типичный триггер для плача взрослых, аналогичный разлуке с воспитателем в младенчестве. Физический контакт - самое эффективное средство успокоить плач младенца. Все другие формы утешения и заботы также требуют физического присутствия опекуна, что подтверждает представление о привязанности к плачу как к призыву к присутствию опекуна. Взрослые, понесшие тяжелую утрату, также могут быть успокоены с помощью прикосновения, слова или сочувствующее присутствие другого человека. Многие взрослые, в отличие от младенцев, также способны обращаться к символическим опекунам или успокаивать себя в отсутствие реальной заботы.

Плач следует рассматривать как поведение, связанное с заботой. Признание того факта, что привязанность по определению является двусторонним процессом, имеет решающее значение для понимания плача в психотерапии. Привязанность по определению включает в себя фигуру привязанности или опекуна, что делает этот процесс совместным. Поведение привязанности происходит в tandemе с поведением заботы, и эти две системы являются взаимообусловленными по своей природе. Повторяющиеся переживания плача (а также проявления позитивной привязанности, такие как улыбка, воркование, хватание и протягивание руки) в сочетании с реакцией опекуна приводят к установлению и поддержанию связи привязанности. Оперативность, последовательность и эффективность действий по уходу в течение первых 1-2 лет жизни определяют качество (или стиль) привязанности младенца, а затем и взрослого, независимо от того, безопасный или небезопасный. Нейробиологические исследования привязанности показывают, что реакции воспитателя на поведение, связанное с привязанностью с положительной валентностью, наряду с плачем, устанавливают связь между правым полушарием головного мозга и ребенком, которая, в дополнение к стилю привязанности, также способствует развитию способности регулировать эффект на протяжении всей жизни. Ранняя привязанность и опыт ухода за детьми также имеют решающее значение для определения стиля ухода в дальнейшей жизни. Эффективная забота требует умения воспринимать сигналы привязанности других людей и сопереживать их переживаниям. Наиболее часто рекомендуемый психотерапевтический метод работы с подавленным плачом - это сочетание интерпретации защитных механизмов и активного поощрения пациента к слезам. Эмпирические исследования плача в психотерапии также редки. Сьюзан Лаботт сообщила только об одном исследовании (Labott, 2001), в котором терапевтов спрашивали о плаче в психотерапии. В нем основное внимание уделялось частоте и интенсивности плача, а также задавался вопрос о том, поощряли ли они открыто пациентов плакать (73% ответили, что да) или когда-либо пытались остановить плач пациента (63% сказали, что не пытались). Она не нашла исследований, посвященных эффективности плача в психотерапии, хотя она нашла несколько исследований, в которых сообщалось о положительных результатах эмоциональной и/или эмпирической терапии, которые, как предполагается, делают упор на плач.

## **ХАРАКТЕРИСТИКИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

**Кириллова А.И**

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук (ИМЧ РАН)  
Санкт-Петербург

Characteristics of cognitive processes in elderly people with different levels of somatic health and social functioning  
Kirillova A.I.

**Аннотация.** В статье представлены результаты пилотного исследования когнитивных функций у лиц пожилого возраста с разным уровнем соматического здоровья и социального функционирования. Данное исследование базируется на интегративном подходе, который объединяет физиологические, психологические, и социальные аспекты старения, позволяя выявить закономерности и механизмы изменения когнитивных функций в пожилом возрасте. Также, на основании этого, появляется возможность разработать новые критерии для оценки сохранности и/или выявления степени нарушенности когнитивных функций в пожилом возрасте.

Актуальность исследования определяется необходимостью изучения когнитивных процессов у пожилых людей с разным уровнем соматического здоровья и социального функционирования. В литературе описано, что ухудшение физического состояния, хронические заболевания, а также снижение уровня социальной активности могут значительно ускорить когнитивное старение. Данная тема особенно актуальна в условиях старения населения и увеличения числа одиноких пожилых людей. Изучение данных факторов позволит глубже понять комплексные механизмы нормального когнитивного старения и сохранности когнитивных процессов в пожилом возрасте. Это позволит предотвратить преждевременное снижение когнитивных функций, повысить качество жизни пожилых людей и снизить риски инвалидизации.

Научная новизна. Впервые будет комплексно и подробно исследована взаимосвязь между физическим здоровьем, социальной активностью и когнитивными функциями пожилых людей, что позволит выявить ключевые детерминанты их когнитивной активности. С учетом специфики выявленных когнитивных способностей пожилых людей будут предложены новые подходы к интерпретации результатов стандартных психологических методов оценки когнитивных функций для пожилых людей.

Целью данного исследования является определение сохранности и/или выявление степени нарушенности когнитивных функций, у лиц пожилого возраста, для решения задач дифференциальной психодиагностики.

#### Материалы и методы исследования.

На данном этапе для реализации поставленных целей и задач были использованы следующие методы: Таблицы Шульте; Методика «10 слов»; Методика «Исключение 4-го лишнего»; Интерпретация пословиц; MOCA; Тест интеллекта Векслера; Методика «HADS».

С 01.10.2024 по 31.12.2024 в исследовании приняли участие 18 человек. Число респондентов в 1 группе условно здоровых лиц, без сердечно сосудистых и неврологических заболеваний (группа контроля) – 9 человек. Во 2-й группе, пациенты, имеющие III группу инвалидности, проходящие обследование для медико-социальной экспертизы – также 9 человек. Данные регистрируются в процессе обследования (проведения комплекса методик) пациентов и условно здоровых лиц и заносятся в таблицу Excel. Первичная обработка данных производится вручную. Далее применяется пакет статистических программ STATISTICA 8 для проведения математической, статистической обработки данных.

Процедура исследования включает в себя заполнение пациентами и условно здоровыми респондентами разработанной авторами анкеты и пакета психодиагностических методик. Исследование проходит в амбулаторных условиях, в индивидуальном формате, очно, в отдельном кабинете медицинского психолога, средняя продолжительность одного обследования 1,5 – 2 часа, с возможность разделить диагностику на 2 этапа, исходя из временных и индивидуальных возможностей как обследуемого, так и организатора исследования.

Теоретическая основа исследования. Дизайн разработан на основе, опубликованной в 2009 году работе Саковской В.Г.

#### Предварительные результаты исследования.

На текущем этапе исследования, продолжается формирование двух групп участников: основной группы, включающей пациентов, и контрольной группы условно здоровых лиц для проведения сравнительного анализа. Активно ведется сбор и обработка данных, полученных в ходе исследования. Анализ охватывает как количественные, так и качественные показатели, что позволяет глубже и всестороннее оценить состояние респондентов.

Предварительные результаты пилотного исследования приводят к интересным выводам. Они свидетельствуют о возможности формирования новых критериев интерпретации результатов стандартных психологических методов, которые используются для оценки когнитивных

функций у лиц пожилого возраста. Таким образом, то, что сейчас считается снижением когнитивных функций у пожилых людей, может оказаться возрастной нормой. Результаты pilotного исследования, проведенного на данной выборке респондентов, показали необходимость проведения дальнейшего исследования и увеличения объема выборки для повышения достоверных полученных данных. Таким образом, исследование будет продолжаться согласно определенным критериям включения и исключения участников.

Ожидаемая практическая значимость полученных результатов исследования.

Практическая значимость научных результатов исследования будет заключаться в разработке рекомендаций по поддержанию когнитивного здоровья пожилых людей с учетом их соматического состояния и уровня социального функционирования. Результаты исследования могут быть использованы для создания целенаправленных профилактических программ, направленных на снижение риска когнитивных нарушений у людей пожилого возраста. Эти данные помогут врачам, медицинским психологам и социальным работникам учитывать влияние соматических заболеваний и социальной активности при оценке когнитивных рисков и планировании реабилитационных мероприятий.

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПСИХОЛОГОВ**

**Смагина Е.Е.**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Научно-исследовательский центр

Санкт-Петербург

Factors influencing the development of emotional burnout in psychologists

Smagina E.E.

Цель исследования: определить факторы риска и способы профилактики и предотвращения эмоционального выгорания у психологов.

Материалы и методы: проведено исследование на основании опроса психологов телефона доверия (телефонных экстренных психологических служб) г. Санкт-Петербург. Опрошены 31 человек в возрасте от 20 до 80 лет. В качестве инструмента оценки выгорания использовалась методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко. Опросник дополнен данными о возрасте, поле, стаже работы, интенсивности работы и наличии профессиональной и социальной поддержки. Для анализа полученных данных использованы критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена (IBM SPSS Statistics 27).

Результаты и их обсуждение: были выявлены статистически значимые различия по полу для выраженности двух симптомов: у мужчин сильнее выражена неудовлетворенность собой ( $p=0,018$ ) и редукция профессиональных обязанностей ( $p=0,047$ ). Корреляционная связь между количеством абонентов за смену и симптомом неадекватного избирательного эмоционального реагирования была статистически значимой, прямой, умеренной тесноты по шкале Чеддока ( $\rho = 0,382$ , 95% ДИ: 0,021; 0,655,  $p=0,034$ ). Между стажем работы были установлены статистически значимые корреляционные связи умеренной тесноты по шкале Чеддока: прямая ( $\rho=0,400$ , 95% ДИ: 0,042; 0,667,  $p=0,026$ ) с симптомом деперсонализации и обратная ( $\rho=-0,369$ , 95% ДИ: -0,646; -0,006,  $p=0,041$ ) с симптомом психосоматических нарушений. Корреляционная связь между степенью занятости на работе (количество рабочих часов в месяц) и симптомом «загнанности в клетку» была статистически значимой, прямой, заметной по шкале Чеддока тесноты ( $\rho = 0,511$ , 95% ДИ: 0,181; 0,738,  $p=0,003$ ). Между количеством рабочих часов в месяц и выраженностью фазы напряжения была установлена статистически значимая прямая корреляционная связь умеренной тесноты по шкале Чеддока ( $\rho = 0,477$ , 95% ДИ: 0,137; 0,717,  $p=0,007$ ). Корреляционная

связь между количеством абонентов за дежурство и выраженностю проявлений фазы резистенции прямая, умеренной тесноты по шкале Чеддока ( $\rho = 0,387$ , 95% ДИ: 0,027; 0,658,  $p=0,031$ ).

При анализе влияния различных видов социальной поддержки на выраженностъ симптомов эмоционального выгорания были получены следующие выводы:

- при прохождении супервизии статистически значимо меньше выраженностъ симптомов эмоциональной ( $p=0,020$ ) и личностной отстраненности ( $p=0,008$ );
- при посещении групповых супервизий (балиновских групп) статистически значимо меньше проявление симптома редукции профессиональных обязанностей ( $p=0,004$ );
- при посещении семинаров по разбору различных случаев на работе (клинические разборы) статистически значимо ниже неудовлетворенность собой ( $p=0,004$ );
- симптомы тревоги и депрессии у прошедших курсы по усовершенствованию знаний в области психотерапии статистически значимо ( $p=0,050$ ) меньше выражены, чем у непрошедших;
- симптом эмоционально-нравственной дезориентации статистически значимо менее выражен для тех, кто участвует в групповой психотерапии ( $p=0,048$ );
- при наличии поддержки в семье выраженностъ симптома «загнанности в клетку» статистически значимо ниже, чем при отсутствии такой поддержки( $p=0,034$ ).

Выводы: выявлены корреляции между отдельными симптомами и фазами эмоционального выгорания со стажем и рабочей нагрузкой. В исследовании подтверждается, что посещение супервизий, балиновских групп, семинаров по разбору сложных случаев на работе, курсов по усовершенствованию знаний в области психотерапии, прохождение групповой терапии и поддержка в семье обеспечивают устойчивость к эмоциональному выгоранию.

## **ИСКУССТВО БАЛАНСИРОВКИ: РЕГУЛЯЦИЯ ЭМПАТИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ.**

**Доклад и практическая демонстрация на примере клинического случая  
Васин С.А.**

Психологический центр "Потенциал"  
г. Екатеринбург

The Art of Balancing: Regulating Empathy in Psychological Counseling. Presentation and practical demonstration based on a clinical case.

Vasin S. A.

"В современной практике психологического консультирования одним из ключевых вызовов для специалиста является способность эффективно управлять собственными эмоциональными реакциями при работе с клиентами. Особенно актуальным становится вопрос регулирования эмпатии и работы с контрпереносом, когда психолог сталкивается с интенсивными переживаниями клиентов.

Контрперенос как феномен

Контрперенос представляет собой эмоциональную реакцию консультанта на клиента, которая может включать как осознаваемые, так и неосознаваемые компоненты. Это явление может стать как мощным терапевтическим инструментом, так и серьезным препятствием в работе, если им не управлять должным образом.

Основные риски чрезмерной эмпатии:

1. Эмоциональное выгорание специалиста
2. Размытие профессиональных границ

3. Потеря объективности в работе
4. Снижение эффективности терапевтического процесса

#### Регулирование эмпатии: когнитивный аспект

Когнитивная составляющая эмпатии предполагает рациональное понимание состояния клиента без чрезмерного эмоционального вовлечения. Для развития этого компонента рекомендуется:

- Практика осознанности и метапозиции
- Развитие навыков ментализации
- Использование техник когнитивного дистанцирования
- Регулярная супervизия

#### Аффективный компонент и его регуляция

Аффективная сторона эмпатии связана с эмоциональным откликом на переживания клиента. Для её регулирования важно:

1. Развивать эмоциональную осведомленность
2. Практиковать техники саморегуляции
3. Использовать методы "эмоциональной гигиены";
4. Поддерживать профессиональные границы

Искусство психологического консультирования во многом заключается в способности находить оптимальный баланс между эмпатическим присутствием и профессиональной дистанцией.

Особый интерес представляет связь между воображением, эмпатией и недавно открытymi зеркальными нейронами.

Воображение в психологическом консультировании служит мощным инструментом, позволяющим терапевту лучше понять внутренний мир клиента. Оно помогает создавать образные представления о ситуациях, переживаниях и эмоциях, о которых рассказывает клиент. Благодаря воображению психолог может мысленно реконструировать описываемые события и глубже проникнуть в суть проблемы.

Эмпатия, как способность сопереживать и понимать эмоциональное состояние другого человека, тесно связана с работой воображения. Когда психолог проявляет эмпатию, он не просто слушает слова клиента, но и пытается представить себя на его месте, прочувствовать его переживания. Это становится возможным благодаря особой группе нервных клеток – зеркальным нейронам.

Открытие зеркальных нейронов произвело революцию в понимании механизмов эмпатии и социального взаимодействия. Эти нейроны активируются не только когда человек выполняет определенное действие или испытывает эмоцию, но и когда он наблюдает за действиями или эмоциями других людей. Таким образом, зеркальные нейроны создают нейробиологическую основу для эмпатии и понимания других людей.

В процессе психологического консультирования зеркальные нейроны позволяют терапевту буквально "настроиться" на эмоциональную волну клиента. Когда психолог видит проявления эмоций клиента, его зеркальные нейроны активируются, создавая внутреннее

представление об этих эмоциях. Это помогает лучше понять чувства клиента и выбрать наиболее эффективные терапевтические стратегии.

Воображение, подкрепленное работой зеркальных нейронов, позволяет психологу создавать более глубокое понимание ситуации клиента. Например, когда клиент описывает травматическое событие, терапевт может не только представить эту ситуацию, но и почувствовать отголоски тех эмоций, которые испытывает клиент. Это создает основу для более эффективной терапевтической работы.

Важно отметить, что способность к эмпатии и использование воображения должны быть сбалансированы с профессиональной дистанцией. Психолог должен уметь сопереживать клиенту, но при этом сохранять объективность и не погружаться слишком глубоко в его переживания, чтобы избежать эмоционального выгорания.

Развитие навыков использования воображения и эмпатии является важной частью профессиональной подготовки психолога-консультанта. Понимание роли зеркальных нейронов в этих процессах помогает лучше осознать биологические механизмы, лежащие в основе терапевтического взаимодействия.

# **ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ**

## **АУТОАГРЕССИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА**

**Бектемирова З.О., Бабарахимова С.Б.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии,  
психотерапии

Ташкент

Auto-agression in adolescent girls with withdrawal and vagrancy syndrome

Bektemirova Z.O., Babarakhimova S.B.

Актуальность проблемы исследования личностного профиля подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза обусловлена малоизученностью и трудностями диагностики этих состояний (Ворсина О.П., 2020). Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств (Саттаров Т.Ф., 2024). Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, наркомания и поведенческие девиации (Сыроквашина К.В., 2017). Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью (Жукова Н.Ю., 2016).

Цель исследования: изучить феномены аутоагрессии у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества.

Материал и методы: объектом исследования явились 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине аутоагрессивных действий, возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, а для определения личностных характеристик испытуемых –тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты

исследования и обсуждения: при исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), заструвающий тип личности у 12 больных (25%), дистимический тип был выявлен в 42% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался дистимическим типом. У этих девочек-подростков отмечались такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утирированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 5 пациенток с демонстративным типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась

изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмотивном типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных тревожно-боязливый тип личности встречался в 12% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертическими чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31%) – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациенток, в 61% случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноты, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоаггрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстницами (15%), внутриличностными проблемами (10%). У 60% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 17% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 10 % случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациенток домой. В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от

времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. Выводы: таким образом, факты аутоагрессии у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер.

## **ОСОБЕННОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С УЧЁТОМ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ**

**Бабарахимова С.Б., Кадырова М.Х.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии

Ташкент

Features of art therapy in adolescent girls with eating disorders, taking into account family relationships

Babarakhimova S.B., Kadirova M.X.

**Введение.** Семейные взаимоотношения, микроклимат в семье, стили родительского воспитания играют огромную роль в формировании поведенческих нарушений у детей и подростков, в том числе расстройствах пищевого поведения. Анализ научных публикаций по данной тематике обнаруживает наличие расстройств пищевого поведения, в частности, нервной анорексии в анамнезе, у матерей девочек-подростков, страдающих ограничительным пищевым поведением. Особое значение отводится влиянию стилей родительского воспитания, традициям семейных взаимоотношений, микроклимату и благополучию в семье, как фактору риска формирования нарушений пищевого поведения. Наличие депрессивной симптоматики и характерологических особенностей личности у подростков с расстройствами приёма пищи способствует дезадаптации и снижению личностного потенциала, ухудшает качество жизни подростков. На фоне идей собственной неполноценности и неприятия образа собственного тела, идей физического недостатка или уродства большинство подростков отличаются склонностью к развитию суицидальных попыток. Ограничительное пищевое поведение у девочек-подростков, по мнению научных исследователей, сопровождается совершением аутоагрессивных и аутодеструктивных тенденций несуицидального характера.

**Цель исследования:** изучить типы семейных взаимоотношений у девочек-подростков с расстройствами приёма пищи для оптимизации превенции и фармакотерапии данной патологии.

**Материалы и методы исследования:** объектом для изучения отобрано 52 девочки в возрасте 15-19 лет, поступивших в пограничное отделение городской психиатрической клиники. Согласно МКБ-10, у девочек-подростков был верифицирован диагноз из рубрики F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». С помощью шкалы самооценки депрессии Цунга нами были определены степени тяжести депрессивной симптоматики. Межличностные взаимоотношения в семье, виды родительского воспитания рассматривались согласно классификации Личко А.Е. Всем пациенткам были проведены групповые сеансы арт терапии в течении срока пребывания в стационарных отделениях психиатрической клиники. Большинство пациенток продолжало посещать сеансы арт-терапии и после выписки из стационара, мотивируя улучшением психоэмоционального фона и адаптационных способностей, улучшением внутрисемейных взаимоотношений с родителями и близкими.

**Результаты и обсуждение:** на инициальном этапе исследования были установлены стили

родительского воспитания в семьях обследуемых девочек подростков, которые определили, что девочки подростки с нарушениями пищевого поведения чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна доминирующая гиперпротекция (56,8%), жестокое обращение (24,7%) и потворствующая гиперпротекция (18,5%). Изучение состава семьи и микросоциального окружения обнаружило, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациенток - 89% случаев наблюдения, а в неполной семье, или в семье с одним из неродного родителя (отчим или мачеха)- 11% случаев наблюдения. При исследовании семьи по характеру внутрисемейных взаимоотношений было зарегистрировано, что в деструктивных семьях воспитывались 43,7% обследуемых пациенток, в амбивалентных семьях- 38,3%, дисфункциональные семьи были определены в 18% случаев. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 61,5% составили исследуемые с легкой степенью депрессии и лишь в 38,5% случаев (была выявлена депрессия средней тяжести). Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. В клинической картине дисморрофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Девочки-подростки стремились изменить пропорции собственного тела из-за полноты бёдер, наличия пухлых щёк, толстых ног, лоснящейся жиром кожи лица, крупного носа или огромных ушных раковин, жалобы имели реальную почву для коррекции соответствовали действительности, создавали трудности в формировании взаимоотношений с противоположным полом. Жалобы в основном были на недовольство собственной внешностью, тревожных мыслей по поводу будущего, негативного восприятия прошлого и настоящего, обида на родителей и окружающих, стремления к одиночеству и уединению. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Цунга эти девочки стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги и аутодеструктивных действий. В основном пациентки совершали порезы острыми предметами в области локтевых сгибов и по внутренней поверхности бёдер. Намерения не носили истинного желания покончить жизнь самоубийством, скорее всего самопорезы совершались на высоте депрессивного аффекта с целью получения душевного облегчения и снятия тревожного напряжения. На следующем этапе исследования были проведены групповые сеансы арт-терапии и семейной психотерапии. Сеансы семейной психотерапии имели индивидуальный характер, психотерапевт рекомендовал родителям вместе с ребёнком совместный просмотр поучительных фильмов, спектаклей, прочтение книг с последующим разбором и обсуждением актуальных проблем и вопросов. Такой вид психотерапевтического вмешательства устанавливал доверительные отношения в семье, способствовал гармонизации внутрисемейного микроклимата и устранению негативной симптоматики. Участникам предлагались различного вида трафареты с последующим раскрашиванием их акварельными красками, а затем интерпретацией полученных изображений и обсуждением эмоциональных чувств, испытанных в период проведения арт-терапии. Девочки с удовольствием раскрашивали цветы, фрукты, композиции из овощей, предлагали на следующие сеансы арт-терапии разнообразить выбор тематики, использовать комбинированные методы- оригами, мозаику, лепку. Выполнение заданий психотерапевта, общение со сверстницами, коллективные обсуждения и анализ

раскрашиваемых рисунков, свободное произвольное рисование способствовало раскрытию творческого потенциала. На сеансах семейной психотерапии подросткам и их родителям предлагались различные задания с целью совместного прочтения художественных книг, просмотров художественных фильмов и посещения спектаклей с последующим анализом и обсуждением, рациональным истолкованием тематических произведений. Выводы: таким образом, проведенное исследование особенностей семейных взаимоотношений у подростков с расстройствами пищевого поведения установило, что такие стили родительского воспитания, как доминирующая гиперпротекция и жестокое обращение с подростком, способствуют развитию ограничительного пищевого поведения. Комбинированные методы арт-терапии приводят к устранению психоэмоциональных нарушений у подростков, формируют адаптацию подростков в социуме, сокращают сроки пребывания в стационаре и укрепляют семейное благополучие.

## **РОЛЬ АРТ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ**

**Бабарахимова С.Б., Шарипова Ф.К.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии

Ташкент

Role of art therapy in prevention behavioural disorders in adolescents  
Babarakhimova S.B., Sharipova F.K.

Введение: профилактика поведенческих нарушений является одной из основных проблем практического здравоохранения, так как решает задачи не только медицинского значения, но и социального, педагогического и юридического в том числе. Одним из важнейших направлений профилактического подхода к превенции расстройств поведения у детей и подростков является изучение роли семьи и воспитательного процесса в основной ячейке общества, выявление неблагополучных и дисгармоничных семей, неправильных видов детско-родительских взаимоотношений. Проведение психотерапевтического вмешательства в виде арт-терапии, исцелением творчеством с целью превенции поведенческих нарушений у детей и подростков является одним из современных подходов медико-психологического лечения. Цель исследования: определить эффективность применения арт-терапии у подростков с поведенческими нарушениями как метода превенции расстройств поведения. Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 65 подростков в возрасте от 7 до 15 лет включительно, 30 мальчиков и 35 девочек, поступивших в санаторные отделения Городского детского психоневрологического центра города Ташкента. Карта обследования, разработанная сотрудниками кафедры психиатрии, включала перечень вопросов для выявления предикторов поведенческих нарушений и охватывала весь спектр деятельности подростка как в семье, так и в окружающем микросоциуме. Групповые сеансы арт-терапии проводились как дополнительный этап лечения на фоне комплексной фармакотерапии и санаторного лечения. Занятия проводились медицинскими психологами и психотерапевтами в течение нахождения детей на санаторном лечении. Применялись современные методы арт-терапевтических технологий с использованием обучающих видео уроков с приложения «Pinterest» для создания творческой продукции. Результаты и их обсуждения: При изучении влияния семейных взаимоотношений на формирование поведенческих нарушений учитывались состав семьи, стили родительского

руководства, типы воспитания, семейный микроклимат. При опросе родителей и близких мы выявили, что 70% обследуемых воспитывались в полных семьях. У 18% обследуемых было установлено наличие только одного из родителей, и эта семья нами была классифицирована как неполная. Воспитание родственниками (чаще бабушками по материнской линии) и воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате) было установлено у 12% обследуемых детей и подростков. Изучение типа семьи показало, что у обследуемых подростков преобладали деструктивные семьи (54%), второе место по частоте встречаемости занимали амбивалентные семьи (33%), дисфункциональный характер родительской семьи регистрировался в 19% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков. При изучении стиля родительского воспитания нами выявлено, что подростки достоверно чаще всего воспитывались в семьях, для которых было характерно жестокое обращение с детьми, применение физического наказания (45%). Стиль родительского воспитания по типу гипопротекции также относительно чаще встречался у обследуемых подростков (30%). У 25% обследуемых подростков чаще регистрировалась доминирующая гиперпротекция. Таким образом, стиль родительского воспитания оказывал определенное влияние на формирование поведенческих нарушений у подростков, причем наиболее заметную роль играло жестокое обращение родителей со своими детьми с применением физического и психологического насилия. Гендерные особенности поведенческих нарушений имели существенные различия. Так, у девочек-подростков обнаруживались расстройства пищевого поведения, усиление полового влечения, раннее начало половой жизни, отказы от посещения школы, агрессия по отношению к младшим братьям и сёстрам в семье, склонность к самоповреждающему поведению. Мальчики были склонны к агрессии, девиантному поведению- курение, эпизодическая алкоголизация, мелкие хулиганства, воровство.

На следующем этапе исследования у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе с применением современных арт-технологий. Основным методом психокоррекции была выбрана арт-терапия. Были проведены сеансы арт-терапевтического вмешательства в малых группах с детьми младшего школьного возраста - раскраски трафаретов с помощью акварельных красок.

Наиболее эффективными оказались интегративные методы психокоррекционного вмешательства, сочетающие в себе несколько видов сенсорной интеграции с охватом зрительного восприятия, развития тонкой локомоторики, когда в групповых занятиях одновременно использовались как раскраска акварелью, так создание из бумаги фигурок оригами, использование в виде мозаики раскладывание различных семян и бобовых зёрнышек на раскрашенных трафаретах.

На следующем этапе была проведена арт-терапия с использованием акварели и гуашь – раскраска картинок с последующим наклеиванием на них зёрен фасоли, гороха, чечевицы, маша и риса, что способствовало развитию тонких локомоторных движений. Подростки с удовольствием выполняли задания психотерапевта, активно раскрашивали трафареты, затем наклеивали с помощью клея на готовые картинки зёрнышки гречки, фасоли, гороха, риса, данный вид арт-терапии вырабатывал навыки усидчивости, концентрации внимания, расширению кругозора знаний и представлений об окружающей действительности. После групповых сеансов арт-терапии с помощью медицинских психологов было проведено тестирование подростков по шкале Спилбергера Ханина на исследование уровня тревожности, которое определило достоверное снижение у всех обследуемых подростков личностной и ситуационной тревожности, что показывает необходимость проведения данной психокоррекционной методик среди детско-подросткового контингента населения для

профилактики поведенческих нарушений. Творчество детей и подростков вывешивалось на стенды для всеобщего обозрения и ознакомления. Пропаганда здорового образа жизни, профилактика поведенческих нарушений, стиляй неправильного воспитания в дисгармоничных семьях являлись основными направлениями семейной психотерапии, проводимой с родителями и опекунами обследуемых пациентов. Наиболее удачные работы проходили по конкурсу, и победители награждались призами и ценностными подарками. Всё это вызывало у детей мотивацию и желание участвовать в групповых сеансах психотерапии, развивало творческое мышление, креативность и стремление к совершенствованию. Родители, навещающие своих детей в санатории, могли ознакомиться с трудами творчества на специальных выставках экспонатов детского творчества.

Выводы: таким образом, арт-терапия, как метод профилактики поведенческих нарушений, имеет важное значение в комплексном медико-педагогическом лечении детей и подростков с целью превенции расстройств поведения и формирования гармоничной личности.

## **ОПРОСНИК ЖАЛОБ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ**

**Белова О.С., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г.**

СГМУ

Кафедра психиатрии и клинической психологии  
Архангельск

Complaint questionnaire for identifying children with mental health disorders during medical examinations

Belova O.S., Bocharova E.A., Soloviev A.G.

Традиционно психическое здоровье ребенка оценивается на основании наличия или отсутствия жалоб и соответствия уровня нервно-психического развития общепринятым нормативам. В большинстве случаев таким детям необходимо проведение профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, что требует междисциплинарного подхода в оказании помощи, в том числе, с участием психотерапевтов. Родители детей нередко не предъявляют жалоб детским врачам из-за непонимания болезненного характера имеющихся нарушений и страха перед осмотром врачом-психиатром. Комплексно оценить состояние психического здоровья ребенка в условиях ограниченного по времени врачебного приема затруднительно. Поэтому есть необходимость в разработке и применении структурированных, малозатратных по времени, но результативных способах диагностики. Несмотря на большое количество методик, применяемых при обследовании детей, существует недостаточность диагностического инструментария для применения в скрининг-обследованиях. Выделяют два уровня скрининга: первый выявляет детей групп риска и не требует специальной подготовки исследователя, второй – дифференцирует риск среди детей с разной патологией. Вместе с тем, целесообразным является внедрение нового практического инструмента – родительского пре-скрининга, решающего задачи качественной преддиагностики нарушений у детей. Это достигается путем предварительного заполнения родителями специального опросника.

Нами усовершенствован опросник для выявления детей с нарушениями психического здоровья для реализации родительского прескрининга при медицинских осмотрах междисциплинарной командой специалистов. Ранее нами был разработан «Опросник жалоб ребенка для выявления детей с пограничной нервно-психической патологией». Опросник применялся для детей, начиная с трёхлетнего возраста, имел пятибалльную шкалу, общая сумма баллов позволяла выявить детей

группы риска. Мы расширили перечень вопросов; упростили формулировки жалоб и сгруппировали их для удобства пользования специалистами; сопоставили баллы с клинической выраженностью того или иного признака; ввели важную при диагностике графу «продолжительность жалоб», где родители отмечают давность их появления, эпизодичность, что позволяет оценить результаты не только количественно, но и качественно. С помощью усовершенствованного опросника нами были обследованы дети разных возрастных и нозологических групп. У детей без отклонений в развитии мы выявили группу риска нарушения психического здоровья (16%), т.е. каждый шестой ребенок с нормальным развитием по результатам опросника имел критический уровень жалоб. Исследование, проведенное с помощью опросника в разновозрастных психотерапевтических группах детей (25 человек, с 3 до 16 лет) с пограничными нервно-психическими нарушениями (синдром дефицита внимания и гиперактивности, страхи, заикание, тики, навязчивости и т.д.) показало следующие результаты. В группе детей дошкольного возраста у подавляющего большинства детей (62,5%) родители отмечали раздражительность и выраженные страхи; у половины – непослушание и упрямство. У 37,5% детей наблюдались отрицательные привычки, заикание, нарушение сна, неуверенность в себе и трудности в соблюдении дисциплины; у четверти детей этой группы были выявлены непроизвольные движения, пониженное настроение и отвлекаемость; 12,5% имели трудности в коммуникации. Агрессивность и конфликтность в данной возрастной группе родителями отмечены не были. В группе детей младшего школьного возраста у 66,6% детей так же наблюдались страхи, отрицательные привычки, повышенная отвлекаемость. Половина детей были раздражительны и имели проблемы со сном. У 58,3% детей выявлены трудности в соблюдении дисциплины, 41,6% детей были склонны к агрессивному и конфликтному поведению. У четверти детей отмечались непроизвольные движения, 16,6% страдали от заикания. Треть детей были не уверены в себе, демонстрировали упрямство и непослушание, пониженное настроение. У 8,3% были трудности контакта.

В группе подростков уже у 80% детей родителями были отмечены отрицательные привычки и неуверенность в себе; у 40% выявлены трудности в соблюдении дисциплины, пониженное настроение, страхи и раздражительность; у 20,0% было отмечено заикание, нарушения сна, непроизвольные движения; 20,0% детей демонстрировали непослушание и упрямство, агрессивность и конфликтность; 60% имели трудности коммуникации. Таким образом, у детей с пограничными расстройствами во всех возрастных группах многими родителями были отмечены выраженные страхи. Агрессивность и конфликтность в поведении детей возрастили к старшей возрастной группе. У подростков чаще, чем в других группах отмечались трудности в коммуникации и неуверенность в себе. Родители играют важную роль в раннем определении проблем в развитии и поведении детей. С учетом важности первичной психопрофилактики пограничных расстройств и отклонений в развитии, а также проведения ее в максимально ранние сроки, опросник направлен на активное включение родителей в преддиагностику нарушений психического здоровья. Предлагаемая методика может применяться при обследовании детей, в том числе на этапе первичной диагностики. Как показывает практика, не всегда риск нарушений в развитии является высоким. Достаточно обратить внимание родителей на минимальный риск отклонений в психическом и речевом развитии.

Учитывая, что чем раньше ребенку начата оказываться психиатрическая и психотерапевтическая помощь, тем эффективнее ее результаты, методика может применяться в практике неврологов и педиатров для своевременного направления детей к специалистам, что является профилактикой дезадаптации, нарушений поведения, неврозов, психосоматических расстройств.

Особое значение его использование может иметь при массовых обследованиях, позволяющих наиболее широко выявлять детей с нарушениями психического здоровья: опросник помогает в обобщении и анализе полученных данных, дополняет данные медицинской документации детальной информацией, упущеной из-за дефицита времени на приеме. К документации, заполненной родителями, при необходимости всегда можно вернуться через определенное время, чтобы обдумать врачебное заключение или диагноз. Опросник дает ориентиры для родителей ребенка, информирует о возможных нарушениях психического здоровья, обучает отслеживать динамику каждой жалобы, вовлекает семью в диагностический процесс. Таким образом, опросник жалоб повышает качество диагностики, способствуя прескрининговому отбору детей с нарушениями психического здоровья для углубленного обследования; может применяться в практике врачей разных специальностей и медицинских психологов.

# **COVID-19: ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ**

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ПОСТКОВИДНОЙ АЛОПЕЦИИ**

**Ковалёва Н.С.**

Независимый исследователь

Воронеж

Psychoneurological status in alopecia after COVID-19

Kovalyova N. S.

**Актуальность.** Обращения за медицинской помощью по поводу выпадения волос получили широкое распространение в текущую пандемию. Ведь одними из множества триггеров заболевания являются как инфекция (длительная и\или рецидивирующая лихорадка), так и стресс изоляции. Хотя этиология процесса и предполагает преимущественно аутоиммунный характер, существует тесная корреляция между алопецией и психоневрологическими расстройствами. Последние могут также спровоцировать возникновение алопеции, а её негативные последствия, в свою очередь, могут развить или усугубить проблемы психоневрологического спектра.

**Цель исследования.** Изучение психоневрологических особенностей пациентов с диффузной алопецией, ассоциированной с коронавирусной инфекцией 2019 года.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в частных медицинских центрах города Воронежа и Россошанского района Воронежской области находились 11 пациентов в возрасте от 10 до 48 лет. Средний возраст пациентов составил 26 лет. Распределение по гендерной принадлежности: женский пол — 8 (73%), мужской пол — 3 (27%). Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, оценку неврологического статуса, психологическое тестирование.

**Результаты и обсуждения.** У 3 (27%) пациентов наследственность отягощена по нервно-психическим заболеваниям (алкоголизм, злокачественное новообразование головного мозга). Внутрисемейные конфликты отмечают 9 (82%) человек, конфликты с одноклассниками\коллегами — 6 (55%). Жалобы на головные боли предъявлялись в 10 (91%) случаях, боли в спине — в 7 (64%), общую слабость, быструю утомляемость — в 11 (100%), боли в грудной клетке, чувство неполноты вдоха — в 8 (73%), трудности при засыпании — в 4 (36%), снижение концентрации внимания, памяти — в 9 (82%), неустойчивый фон настроения, мнительность, тревожность, фиксацию на вопросах собственного здоровья — в 11 (100%). При неврологическом осмотре у 11 (100%) пациентов выявлялись лабильность артериального давления и пульса, у 7 (64%) - статическая и динамическая дисфункция позвоночника, у 8 (73%) - нарушения осанки, у 8 (73%) - мышечно-тонические синдромы различной степени выраженности. Средний балл по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) – 10 баллов. Средний результат при тестировании по шкале Филлипса — 70%.

**Заключение.** Данное исследование отражает степень влияния как самого инфекционного процесса, так и карантинного периода на особенности психоневрологического статуса у пациентов с постинфекционной (постковидной) алопецией. Тактики курации таких пациентов часто не очевидны для клинициста, и требуют динамического наблюдения и своевременной терапии у невролога, а затем и психиатра, психотерапевта. Целесообразно применять методики психологической ауторелаксации, корректировать микроклимат семьи и школьного\офисного коллектива для способствования положительной динамике в процессе лечения основного заболевания, улучшения качества жизни.

# **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

## **ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКО- ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА (ПРОФИЛАКТИКА)**

**Егорова П.Л.**

Ивановский ГМУ

Кафедра психиатрии и клинической психологии

Иваново

Mental and behavioural disorders of childhood and adolescence (prevention).

Egorova P.L.

Охрана психического здоровья детско-подросткового населения представляет собой одну из наиболее значимых и сложных задач, так как она зависит от множества взаимосвязанных факторов, таких как социально-психологических, социально-культурных и социально-экономических. Вопрос психического здоровья в контексте обучения имеет важное практическое значение. Осознание учащимися своих психических состояний и способность их регулирования помогают повысить эффективность учебной деятельности, избежать множества стрессовых ситуаций или смягчить их влияние, что позволяет справляться с ними с минимальными потерями. Последствия стресса и низкий уровень стрессоустойчивости могут нанести серьезный вред как психическому, так и физическому здоровью. Поэтому важно своевременно выявлять патологию и оказывать помощь.

Внедрение рекомендаций по организации профилактических и реабилитационных мероприятий для борьбы с психическими и поведенческими расстройствами, привлечение квалифицированных специалистов различных областей обеспечат качественную и своевременную поддержку учащимся профессиональных образовательных организаций. Необходимо скоординировать действия образовательных и медицинских учреждений в помощи подросткам с различными стартовыми возможностями, а также их индивидуальное сопровождение в процессе обучения.

Мероприятия по профилактике психических и поведенческих расстройств среди студентов профессиональных образовательных организаций включают: диагностику основных психических проявлений и расстройств поведения, выявление факторов риска, способствующих возникновению или поддержанию имеющихся нарушений; педагогическую коррекцию, направленную на устранение пробелов в учебной программе; психологическую и психотерапевтическую коррекцию психических нарушений и расстройств поведения у подростков, а также психофармакотерапию; повышение уровня общей информированности подростков по бытовым, юридическим и медицинским вопросам; организация досуга. Для повышения эффективности профилактических мероприятий в образовательных учреждениях следует учитывать, что среди учащихся профессиональных образовательных организаций наиболее распространены поведенческие и эмоциональные расстройства, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте. Обучающиеся зачастую

социально дезадаптированы, нуждаются в повышении уровня образования, получении специальности и помощи в решении социальных вопросов. Они подвержены аддикциям и делинквентному поведению, а также имеют эмоционально-волевую неустойчивость, эксплозивность, склонность к агрессии и суициdalным тенденциям, что повышает риск декомпенсации психического расстройства в условиях образовательного учреждения и должно учитываться при проведении профилактической работы. В этой связи профилактические мероприятия представляют собой комплексную систему, объединяющую медико-психологический-педагогические и социальные действия, реализуемые на основе междисциплинарного сотрудничества между представителями здравоохранения и образования.

## **ПРАВОВАЯ НАРКОЛОГИЯ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ**

**Корчагина Г.А., Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Колпаков Я.В., Ялтонская А.В.**

ФГБУ "НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского" и ФГБОУ ВО "РосУниМед"  
Минздрава России, НОЧУ ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", ООО "Институт схема-терапии"

Национальный научный центр наркологии, Кафедры клинической и консультативной  
психологии  
Москва

Legal addiction medicine of fetal alcohol spectrum disorders: international experience  
Korchagina G.A., Sirota N.A., Yaltonsky V.M., Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V.

**Актуальность.** Фетальный алкогольный спектр нарушений (ФАСН) - термин, используемый для описания ряда нарушений нейроразвития, которые могут возникнуть в результате пренатального воздействия алкоголя. В глобальном масштабе распространенность ФАСН оценивается в 7,7 случаев на 1 000 человек, в России - 36,5. Люди с ФАСН демонстрируют нарушения в образовании, проблемы с употреблением психоактивных веществ, ненадлежащее поведение, проблемы с законом и тюремное заключение в количествах, намного превышающих обычное. Однако, правоустанавливающих законодательных актов относительно ФАСН в России нет. Основная часть. Правонарушители с ФАСН чрезмерно представлены в исправительных учреждениях. Так в исследовании A.P. Streissguth et al. (1996) 415 человек с ФАСН от 6 лет до 51 года проблемы с законом были зарегистрированы у 14% детей и 60% подростков и взрослых. E.Y. Rojas и H.M. Gretton (2007) сообщили, что у 11% из 359 несовершеннолетних правонарушителей 12–18 лет, направленных судом на лечение был подтвержден или подозревался ФАСН. S. Popova et al. (2011) по итогам систематического обзора приходят к заключению, что молодые люди с ФАСН в 19 раз чаще попадают в тюрьму. K. Flannigan et al. (2018) считают, что критическая область, требующая рассмотрения, связана с профилактикой преступного поведения. I. Corrales-Gutierrez et al. (2020) утверждают, что ФАСН может рассматриваться как фактор риска совершения уголовного преступления, важно осуществлять меры поддержки. Важно гарантировать юридическую поддержку всем субъектам с ФАСН, вовлеченным в преступление. Нельзя игнорировать тот факт, что эти субъекты могут сталкиваться с неравенством на всех этапах системы правосудия, например, неспособностью полностью понять сложившуюся ситуацию.

**Заключение.** По мнению F. Sessa et al. (2022) должны быть приняты следующие меры: внедрить специальную подготовку для сотрудников полиции, судов, юристов и других заинтересованных сторон с целью иллюстрации сложного феномена ФАСН; создать междисциплинарную группу для оперативного выявления субъектов с ФАСН с целью проведения справедливого судебного

разбирательства; проводить исследования как для лучшего определения возможной заболеваемости ФАСН среди заключенных, так и для разработки целевых вспомогательных вмешательств в тюрьмах с целью предотвращения рецидивизма; активизировать последующее наблюдение за всеми заключенными, у которых диагностировано ФАСН.

# **ПСИХИАТРИЯ КАТАСТРОФ И ВОЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ**

**СТРУКТУРНЫЕ ИНТЕРКОРРЕЛЯТЫ ПТСР И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
СОТРУДНИКОВ МВД РОССИИ, ИМЕЮЩИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ**

**Колпаков Я.В., Гаврилова Т.В., Ялтонский В.М.**

**НОЧУ ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", ГАПОУ МО "ПК "Энергия", ФГБОУ ВО "РосУниМед"**

**Минздрава России**

**Кафедры консультативной и клинической психологии**

**Москва**

**Structural intercorrelates of PTSD and personality traits of employees of the Ministry of Internal**

**Affairs of Russia with traumatic experience**

**Kolpakov Ya.V., Gavrilova T.V., Yaltonsky V.M.**

**Актуальность и цель исследования.** В Минздраве России создана рабочая группа по организации оказания медпомощи при посттравматическом стрессовом расстройстве (далее - ПТСР). По данным ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, эпидемиологические данные о заболеваемости ПТСР заметно варьируют в зависимости от различных факторов: характера психотравмы, пола, возраста обследуемых групп, социально-культурных особенностей – и составляют от 2,6% от общего числа обследуемого населения до 73-92% в группах риска. Психическая травма приводит к развитию ПТСР примерно в 25-35% случаев, до 60% людей, переживших травматические ситуации, продолжают страдать от значительных симптомов ПТСР через год после травмы, в том числе среди них присутствует и значительная доля сотрудников силовых ведомств, (в т.ч. МВД России, далее - сотрудников). Цель исследования заключалась в описании корреляционных связей между симптомокомплексами ПТСР и личностными особенностями сотрудников МВД России, имеющих

**травматический опыт.**

**Материалы и методы исследования.** Всего сплошным рандомизированным методом было обследовано 104 сотрудника мужского пола, отражающих генеральную совокупность, из протоколов психодиагностики которых экспертами были признаны годными для дальнейшего анализа 76 (73%), составивших в выборку в возрасте от 19 до 48 лет ( $28,4 \pm 5,9$  года). Исследуемые были протестированы «Опросником травматического стресса» (OTC) И.О. Котенёва (1996) и «16-факторным личностным опросником, форма А» (16PF) Р.Б. Кеттелла (1966) в адаптации Шмелёва А.Г., Похилько В.И., Соловейчика А.С. (1988). Статистическая обработка результатов обследования проводилась при помощи пакета программ IBM SPSS Statistics 28.0.1 © (2021). Применились процедуры корреляционного анализа с использованием непараметрического коэффициента  $\rho$  Спирмена и дискриминационного анализа с использованием критерия  $\lambda$  Уилкса. Достоверность и значимость результатов определялись на уровне  $p < 0,05$ . Результаты исследования. 1). При изучении допущенных к анализу экспертами 76 протоколов сотрудников были выявлены 33 корреляционные связи, образующие следующие ведущие корреляционные плеяды: а) отрицательные между всеми симптомокомплексами ПТСР по ОТС и фактором C 16PF (от  $-0,389$  до  $-0,619$ ,  $p < 0,001$ ) и положительные между ними же и вторичным фактором F2 16PF (от  $+0,443$  до  $+0,593$ ,  $p < 0,002$ ), т.е. меньшей психотравматизации подвержены более эмоционально устойчивые сотрудники с высокой социальной контактностью; б) положительные между всеми симптомокомплексами ПТСР по ОТС и факторами L и Q4 по

16PF (от +0,373 до +0,519,  $p < 0,012$  и от +0,358 до +0,478,  $p < 0,016$ , соответственно), т.е. большая выраженность ПТСР связана с большей выраженностью подозрительности, напряжённости, фрустрированности среди личностных черт сотрудников. 2). При изучении 19 протоколов сотрудников с допустимыми показателями по шкале лжи L $< 50$  Т-баллов, но слабой выраженностью травматического опыта по интегральной шкале ПТСР $< 50$  Т-баллов по ОТС был выявлен интересный отличительный артефакт – отрицательная корреляционная плеяда симптомокомплексов А(1), В и F ПТСР по ОТС и фактором M 16PF (-0,478,  $p < 0,038$ , -0,485,  $p < 0,035$  и -0,609,  $p < 0,006$ , соответственно), т.е. выраженность травматического опыта, «флешбэков» и патологической гиперактивации менее присущи более практическим и реалистично мыслящим сотрудникам, нежели их более мечтательным коллегам-идеалистам. 3). При изучении 16 протоколов сотрудников с допустимыми показателями по шкале лжи L $< 50$  Т-баллов, но значительной выраженной травматического опыта по интегральной шкале ПТСР $> 50$  Т-баллов по ОТС был выявлен следующий отличительный артефакт - выраженная агрессивность симптомов ПТСР положительно, а диссимуляции симптомов ПТСР по ОТС связаны с фактором В 16PF, т.е. уровень интеллекта сотрудников является протективным ресурсом в совладании с ПТСР, чем сотрудники умнее, тем они менее склонны симулировать симптомы ПТСР, и тем более (в т.ч. малоосознанно) привлекать к себе профессиональное внимание со стороны специалистов.

**Заключение и выводы.** Таким образом, выявлены как специфичные особенности интеркорреляций симптомокомплексов ПТСР и личностных черт сотрудников МВД России в целом, так и в связке с нозологической выраженной травматической опыту этих симптомов. Вывод следующий – при слабой выраженной травматической опыту симптомокомплексов ПТСР у сотрудников таргетирование клинико-психологического сопровождение должно центрироваться вокруг эмоционального блока как ресурса для развития и усиления когнитивного, тогда как при выраженной симптоматике ПТСР наоборот – вокруг когнитивного блока как ресурса для развития и усиления эмоционально-ориентированного копинг-поведения.

## **СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ СОТРУДНИКОВ МВД РОССИИ, ИМЕЮЩИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ**

**Колпаков Я.В., Гаврилова Т.В., Ялтонский В.М.**

НОЧУ ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", ОГАПОУ МО «ПК «Энергия», ФГБОУ ВО  
"РосУниМед" Минздрава России

Кафедры консультативной и клинической психологии  
Москва

The personality structure of employees of the Ministry of Internal Affairs of Russia with traumatic experience

**Kolpakov Ya.V., Gavrilova T.V., Yaltonsky V.M.**

**Актуальность и цель исследования.** Сотрудники силовых ведомств, в т.ч. МВД России (далее - сотрудники), зачастую являются подвержены высокому риску психической и психологической травматизации, развитию острого стрессового и посттравматического (в т.ч. комплексного) стрессового расстройств (далее – ОСР, ПТСР и кПТСР, соответственно). Это, несомненно, отражается на их психическом здоровье, психологическом благополучии и качестве жизни, меняет структуру их личностных особенностей. Цель исследования – проанализировать указанные изменения.

**Материалы и методы исследования.** Всего сплошным рандомизированным методом было обследовано 104 сотрудника мужского пола, отражающих генеральную совокупность, из протоколов психодиагностики которых экспертами были признаны годными для дальнейшего

анализа 76 (73%), составивших в выборку в возрасте от 19 до 48 лет ( $28,4 \pm 5,9$  года). Исследуемые были протестированы «Опросником травматического стресса» (OTC) И.О. Котенёва (1996) и «16-факторным личностным опросником, форма А» (16PF) Р.Б. Кеттелла (1966) в адаптации Шмелёва А.Г., Похилько В.И., Соловейчика А.С. (1988). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи пакета программ IBM SPSS Statistics 28.0.1 © (2021) с применением процедур дескриптивно-сравнительного анализа по непараметрическому критерию U Манна-Уитни. Были исключены протоколы 41 испытуемого (54% выборки) с показателем по шкале лжи OTC L50+ Т-баллов в возрасте от 20 до 48 лет ( $29,2 \pm 6,1$  года). Статистически достоверно по критерию U Манна-Уитни группа исключения не отличалась по возрасту от группы включения 35 (46% выборки) в возрасте от 19 до 39 лет ( $27,5 \pm 5,7$  года), в которой показатель по шкале лжи L OTC был ниже 50 Т-баллов ( $p < 0,277$ ). Группа включения была разбита на две: основную группу из 16 исследуемых (46% группы включения) (показатель по интегральной шкале ПСТР ОТС выше 50 Т-баллов; среднее  $57,45 \pm 4,49$  Т-балла), и группу сравнения из 19 исследуемых (54% группы включения) (показатель по интегральной шкале ПСТР ОТС ниже 50 Т-баллов; среднее  $41,15 \pm 8,61$  Т-балла); значимость различий по критерию U Манна-Уитни группы по шкале ПСТР ОТС достоверна –  $p < 0,001$ . По возрасту достоверных различий по критерию U Манна-Уитни между группами не выявлено –  $p < 0,934$ . Результаты исследования. Ведущим фактором в структуре симптомов ОСР/ПСТР во всей выборке был фактор F - клинически значимый дистресс или нарушения социальной, профессиональной или иной значимой деятельности ( $50,77 \pm 9,99$  Т-балла). Он же был статистически достоверно выше в основной группе ( $57,75 \pm 6,71$  Т-балла), чем в группе сравнения ( $44,90 \pm 8,44$  Т-балла) –  $p < 0,001$ . На этом же уровне достоверности по всем другим шкалам ОТС показатели были выше в основной группе, чем в группе сравнения. Личностный профиль сотрудника по 16PF можно выразить формулой B+L+Q3+F2+, из которой следует, что сотрудники отличаются развитым интеллектом, разумностью и способностью к обучению (фактор B+ -  $7,22 \pm 1,66$  стена), при этом они подозрительны, не поддаются обману (фактор L+ -  $7,34 \pm 2,14$  стена), имеют тенденцию к сильному контролю своих эмоций и общего поведения, проявляют заботу о социальной репутации, однако, склонны к упрямству (фактор Q3+ -  $8,17 \pm 1,74$  стена), социально контактны, успешно устанавливают и поддерживают межличностные связи (вторичный фактор F2+ -  $7,20 \pm 1,98$  стена). В личностных профилях сотрудников основной группы и группы сравнения обнаружены статистически достоверные различия. Так, сотрудники основной группы более сензитивны и эмоционально менее устойчивы, легко расстраиваются, чем более эмоционально устойчивые сотрудники группы сравнения (фактор C  $5,00 \pm 0,82$  и  $7,37 \pm 2,34$  стена, соответственно;  $p < 0,005$ ). В свою очередь сотрудники группы сравнения более реалистичны, не терпят бессмысленности, тогда как сотрудники основной группы более зависимы и недостаточно самостоятельны (фактор I  $4,63 \pm 1,21$  и  $5,81 \pm 1,72$  стена, соответственно;  $p < 0,037$ ). Подозрительность (фактор L), характерная для сотрудников в целом, статистически достоверно ( $p < 0,015$ ) более выражена в основной группе ( $8,38 \pm 1,20$  стена), чем в группе сравнения ( $6,47 \pm 2,39$  стена). Это подтверждается и в том, что сотрудники основной группы более напряжены и фрустрированы, чем сотрудники группы сравнения (фактор Q4 –  $6,44 \pm 1,46$  и  $4,58 \pm 1,61$  стена, соответственно;  $p < 0,004$ ), так же и это отражается и в выраженности тревоги (вторичный фактор F1 –  $7,19 \pm 1,28$  и  $5,47 \pm 1,61$  стена, соответственно;  $p < 0,003$ ). Заключение и выводы. Таким образом, можно заключить, что у сотрудников с диагностируемыми симптомами ПСТР/кПСТР более выражены малопродуктивные ресурсы совладания со стрессом (копинг-ресурсы), что может быть как предиктором формирования ОСР/ПСТР/кПСТР, так и их следствием. Вывод следующий - психопрофилактическая,

психолого-консультативная, психокоррекционная и психореабилитационная работа с сотрудниками должна быть таргетирована на указанные личностные особенности.

## **ПАТОМОРФОЗ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ РАССТРОЙСТВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ КОМБАТАНТАМ**

**Курпатов В.И.**

Многопрофильная клиника "РеоСанМед"

г. Санкт - Петербург

Pathomorphosis of psychogenically caused disorders of wartime, medical and rehabilitation assistance to combatants.

Kurpatov V.I

"По опыту афганских событий , психогенные расстройства невротического уровня в боевой обстановке развивались, как правило остро, с клинической симптоматикой по истерическому типу (двигательное возбуждение, мутизм, афония, амавроз, астазия-абазия, фобические реакции и др.).

Истерические расстройства речи и зрения у комбатантов возникали в 13 %, у военнослужащих в ТуркВО в 3%.

Реактивные психозы протекали с синдромами псевдодеменции , сумеречного помрачения сознания, бредом и другими расстройствами. Преобладали формы остро развивающихся психотических состояний.

При оказании помощи участникам боевых действий возникали серьёзные трудности в диагностике и экспертизе психотических состояний, при которых одновременно были выражены как аффективные, так и шизофреноподобные симптомы.

Наряду с отчётливыми изменениями настроения , болезненные состояния часто сопровождались нелепым поведением.

Клинические особенности и выраженность психопатологических явлений у заболевших существенно варьировались, причём маниакальный или депрессивный аффекты не бывали чистыми – они сочетались с тревогой и страхом, внутренней напряжённостью, растерянностью или резким аффективным возбуждением.

Образовывался своеобразный континuum - от отчётливых аффективных расстройств, приближающихся к БАР, до острых проявлений, напоминающих реакции экзогенного типа Бонгэффера, или аффективно-бредовых состояний, описываемых в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении.

При определении нозологической принадлежности вышеперечисленных состояний представляет интерес теория «шизофеноформных психозов» Лангфельда, популярная в скандинавских странах.

К шизофеноформным относят психозы с острой аффективной и другой симптоматикой, развивающихся (нередко под влиянием психо – или соматогенных факторов) у преморбидно хорошо адаптированной личности.

Катамnestически они могут оказаться как реактивными, так и шизофреническими, при этом в первом случае окончательный диагноз формулируется как «реактивный психоз шизофеноформный тип».

По мнению С.В.Литвинцева (2023 г.) "Активные признаки, приобретённые на театре военных действий, позволяющие комбатанту сохранять жизнь и боеспособность, в мирной жизни оказываются психопатологическими симптомами и ведут к различным формам социальной дезадаптации.

Ветераны войны не способны быстро забыть свой боевой опыт и наделить его иным смыслом.

Одной из основных проблем реабилитации ветеранов войн является сформированное у них на уровне подсознания, непонимание полной противоположности деструктивной действительности войны мирным условиям существования;

Реабилитационные мероприятия комбатантам целесообразно оказывать на территории проживания.

Основные принципы оказания медицинской помощи при боевой психической травме:

1. Принцип раннего выявления психических расстройств;
2. Принцип доступности психолого-психиатрической помощи;
3. Принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи;
4. Принцип полипрофессионального подхода в оказании помощи;
5. Принцип мобилизации собственных копинг-стратегий;
6. Принцип динамического сопровождения;
7. Принцип поддержки семьи и сообщества.

Реабилитационная программа составляется таким образом, чтобы снять или значительно уменьшить чувство собственной неполноценности из-за перенесенного заболевания, тревожного отношения к имевшейся болезненной симптоматике, восстановить служебный и социальный статус комбатанта.

Исходя из представления о психогенезах как о болезни личности, возникающей вследствие нарушения отношений индивида с окружающей действительностью, разрушающей в той или иной мере его социальные связи и снижающей степень полноценности его социального функционирования, В.Н.Мясищев (1960 г.) выдвигает в качестве одной из главных задач реабилитации прежде всего ресоциализацию больных.

Решающее значение в процессе ресоциализации пациента, восстановлении его социального статуса имеют отношения к себе, своим поступкам, своей болезни, семье, близким, своему и их престижу, полученному или получаемому образованию, досугу, культурным ценностям, ценностям вообще и их коррекция.

Необходимо создавать психотерапевтические реабилитационные центры в санаториях Министерства Обороны на принципах интенсивного комплексного восстановительного лечения.

Использование санаториев для предупреждения рецидивов и достижения наиболее полной ремиссии имеет существенное значение для закрепления эффекта проводимого на предыдущих этапах восстановительного лечения, где психотерапевтическое воздействие может успешно сочетаться с курортными факторами: прогулками, физическими нагрузками, водными процедурами, лечебным влиянием природы (натур психотерапия, ландшафт терапия).

Пациентам с психогенно обусловленными заболеваниями военного времени, в качестве основной терапевтической стратегии, рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии.

Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (пароксетин 20-60 мг/сут, сертрапалин 25-200 мг/сут, флуоксетин 20-40 мг/сут) или венлафаксина 75-225 мг/сут с целью снижения интенсивности болезненных переживаний, снижения чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запускающим повторное переживание травматического опыта, уменьшения выраженности аффективных нарушений и стабилизации настроения.

Также необходимо при назначении антидепрессантов учитывать их негативное влияние на сексуальную функцию. В таком случае следует отдавать предпочтение: тразодону, миртазапину,

флувоксамину, воритоксетину. Рекомендованная длительность терапии составляет 6-12 месяцев, чаще около года после стабилизации состояния.

Для пациентов с последствиями боевой психической травмы результативны следующие методы психотерапии:

дебрифинг (контроль над стрессом);

воспроизведение стрессового события;

когнитивное реструктурирование;

аналитико-катартическая терапия А. Александрова;

Когнитивно-поведенческой психотерапии, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ), в т.ч. её отдельные варианты такие как:

когнитивно-процессуальная психотерапия,

КПТ с пролонгированной экспозицией,

нарративная экспозиционная психотерапия,

десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ).

Программа реабилитации ветеранов «Двенадцать шагов» (программа самостоятельной реабилитации для ветеранов войн).

Одним из ключевых инструментов в работе с ПТСР является экспозиционная терапия, обеспечивающая безопасное повторное переживание травматического опыта при помощи и поддержке психолога или психотерапевта. Она позволяет интегрировать в памяти травматический опыт и привести человека к нормальной жизни.

Важно понимать, что болезненный опыт не становится приятным, но человек обретает возможность с ним жить, не пытаясь безуспешно избавиться от него. Воспоминания сохраняются, но реакция на них становится другой, интенсивность эмоциональных переживаний снижается. В результате обеспечивается возможность жить полноценной жизнью, несмотря на произошедшее.

Выздоровление возможно только в том случае когда комбатант, беря ответственность за себя, полноценно включается в работу и обыденную жизнь.

# **БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ**

## **(нейробиология, генетика и пр.**

## **психических расстройств)**

### **СОВРЕМЕННАЯ ЭПИГЕНЕТИКА ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ**

**Корчагина Г.А., Ялтонский В.М., Колпаков Я.В., Ялтонская А.В.**

ФГБУ "НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского", ФГБОУ ВО "РосУниМед" Минздрава России, НОЧУ ВО "МУППИ", МРО ОО "РОП", ООО "Институт схема-терапии"  
Национальный научный центр наркологии, Институт-факультет общей, практической и клинической психологии, Кафедры клинической и консультативной психологии  
Москва

**Modern epigenetics of fetal alcohol spectrum disorders: international experience**

**Korchagina G.A., Yaltonsky V.M., Kolpakov Ya.V., Yaltonskaya A.V.**

**Актуальность.** Несмотря на то, что отечественная эпигенетика – несомненный пионер в данной области биологии развития, достойно представлена в генетике наркологических расстройств (в частности алкогольного характера), в эпигенетике фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) лидируют зарубежные исследователи из стран Австралийского Союза, Европейского Союза, Канады, КНР, США, Японии.

**Основная часть.** ФАСН имеет сложную этиологию с участием эпигенетических факторов. Поскольку микроРНК (miRNA) многие исследователи считают эпигенетическими метками, включая их потенциал в качестве биомаркеров, результатов эпигенетических изменений является то, что могут быть долгосрочные последствия для человека. Поскольку некоторые из первых людей, у которых диагностирован ФАСН, достигают среднего возраста, становится ясно, что они подвергаются повышенному риску определенных заболеваний и проблем со здоровьем. B.S. Basavarajappa (2023) выделяет наиболее важные эпигенетические механизмы, которые хорошо зафиксированы исследователями, для контроля экспрессии генов в ЦНС: а) метилирование цитозина островков цитозинфосфатгуанина; б) метилирование и ацетилирование гистоновых белков и дополнительные посттрансляционные модификации; в) факторы изменения хроматина, которые контролируют экспрессию генов; г) модификация пре-мРНК некодирующими малыми ядрышковыми РНК (snoRNA); д) микроРНК (miRNA) и редактирование мРНК, ассоциация связывающих белков и длинных некодирующих РНК (lncRNA); е) клеточные сигнальные молекулы, контролирующие трансляцию мРНК. Е.В. Раменский (2018) отмечает, что именно Н.К. Кольцов был предтечей, предсказавшим роль именно метилирования генетического материала в модификационной изменчивости и мутагенезе фенотипа, на эти же механизмы указывают M. Bestry et al. (2022). Н. Кэрри (2012) со своей стороны указывает на роль ацетилирования-деацетилирования, предсказанную Н.К. Кользовым.

**Заключение и выводы.** ФАСН представляет собой континuum пожизненных нарушений, возникающих в результате пренатального воздействия алкоголя, включая физические, когнитивные, поведенческие нарушения, которые могут иметь глубокие и долгосрочные последствия для людей на протяжении всей их жизни, влияя на их здоровье, социальные взаимодействия, психологическое благополучие и каждый аспект их жизни. Оксидательный

стресс, вызванный метаболизмом алкоголя, нарушает клеточные компоненты, особенно в уязвимом мозге плода, что приводит к аберрантному развитию. Кроме того, окислительный стресс участвует в эпигенетических изменениях, включая изменения в метилировании ДНК, модификации гистонов и экспрессии микроРНК, которые влияют на регуляцию генов у пациентов с ФАС. Более того, митохондриальная дисфункция и нейровоспаление способствуют эпигенетическим изменениям, связанным с ФАСН. Понимание этих механизмов открывает перспективы для целевых терапевтических вмешательств. Это включает антиоксидантные добавки и изменения образа жизни для смягчения нарушений, связанных с ФАСН. Хотя доклинические исследования показывают многообещающие результаты, необходимы дальнейшие клинические испытания для подтверждения эффективности этих вмешательств в улучшении клинических результатов для лиц, страдающих ФАСН. Это всестороннее понимание роли окислительного стресса в эпигенетике при ФАСН подчеркивает важность междисциплинарных подходов к диагностике, лечению и стратегиям профилактики. Продолжение исследований в этой области имеет решающее значение для расширения наших знаний и разработки эффективных вмешательств для решения этой важной проблемы общественного здравоохранения.