

Сетевое научно-практическое издание

## **АНТОЛОГИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ**

Фундаментальное издание материалов научно-практических конгрессов  
Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги  
и Национальной саморегулируемой организации  
«Союз психотерапевтов и психологов»

Издание включает: аннотированные программы, концепции конгрессов, резолюции, пресс-релизы, доклады и тезисы докладов, а так же иные формы: аннотации и пост-релизы круглых столов, мастер-классов, лекций и др. научных событий, научно-практические статьи.

**Титульный редактор Антологии – профессор Макаров Виктор Викторович**  
9259036@gmail.com, 9259036@mail.ru, viktormakarov.ru  
+7 (917) 533-39-29, +7 (495) 925-90-36

**Главный редактор выпуска Антологии – профессор Катков Александр Лазаревич**  
allkatkov@mail.ru  
+7 (931) 339-79-72

**Заместитель титульного редактора Антологии – Камалова София Цихиловна**  
oppl.doc@gmail.com  
+7 (916) 062-00-26

**Выпускающий редактор Антологии – Булычева Анна Евгеньевна**  
anna2269212@gmail.com  
+7 (913) 911-69-36.

**ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ  
ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО**

Материалы Международного конгресса  
(Санкт–Петербург, 17–18 марта 2017)

САНКТ–ПЕТЕРБУРГ  
2017

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПРОГРАММА VII Международного Санкт-Петербургского конгресса

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ — ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО.....14

### СТАТЬИ

- Агарков В.А., Бронфман С.А.  
ВЛИЯНИЕ КУЛЬТУРЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ  
НА ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ\*  
Agarkov V.A., Bronfman S.A.  
THE INFLUENCE OF CULTURE AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS  
ON PATIENTS' EXPECTATIONS TOWARDS PSYCHOTHERAPY\*.....51
- Александров А.А.  
ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
Alexandrov A.A.  
DIALOGUE IN THE ANALITICAL-CATHARTIC THERAPY.....58
- Бабарахимова С.Б.  
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ  
У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
Babarahimova S.B.  
EXPERIENCE OF USING COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN,  
TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS.....59
- Горбунова Е.Н.  
СТРАХИ И КОМПЛЕКСЫ В ПОЧЕРКЕ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ  
Gorbunova E.N.  
FEARS AND COMPLEXES REFLECTED IN HANDWRITING. DIAGNOSTICS AND THERAPY.....63
- Ихсанов Р.Ф.  
НЕКОТОРЫЕ СУЩНОСТНЫЕ ПОНЯТИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ  
Iskhanov R. F.  
SOME ESSENTIAL CONCEPTS OF PSYCHOTHERAPY.....70
- Кабанова Л.И.  
ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ  
Kabanova L.I.  
PHENOMENOLOGICAL AND EXISTENTIAL PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE.....71
- Касмынина Анна Васильевна  
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ  
Kasmynina A.V.  
THE MAIN ASPECTS OF ADDICTION PREVENTION IN POPULATION.....73
- Катков А.Л.  
ПРИКЛЮЧЕНИЕ ДЕМОНА ПО ИМЕНИ «ПЛАЦЕБО» В ДОМЕ ПСИХОТЕРАПИИ  
Katkov A. L.  
AN ADVENTURE OF THE DEMON NAMED PLACEBO IN A PSYCHOTHERAPY HOUSE.....75
- Катков А. Л.  
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
Katkov A. L.  
QUALITY MANAGEMENT OF PSYCHOTHERAPEUTIC HELP.....78
- Катков А. Л.  
ПСИХОЭТИКА  
Katkov A. L.  
PSYCHOETHICS.....81
- Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д., Иванов М.В.  
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
Kudryashova V.Y., Saraykin D., Ivanov M.V.  
COPING STRATEGIES AND SELF-REGULATION OF BEHAVIOR  
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS.....84

Макаров В.В. ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И РОДСТВЕННЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ Makarov V.V. HISTORY AND PROSPECTS OF EDUCATION IN PSYCHOTHERAPY AND RELATED PROFESSIONS.....	91
Мельникова А.А., Бережная Е.А. ИНТЕГРАТИВНАЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ИСТОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ Melnikova A.A., Berezhnaya E.A. INTEGRATIVE DANCING AND MOTIVE THERAPY: SOURCES AND PROSPECTS.....	97
Можгинский Ю.Б. ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ Mozhginskiy Y.B. CHILDREN'S PSYCHOANALYSIS: BETWEEN PHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY.....	102
Резаков А. А., Олиферук Т.П., Шарабура А.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА Rezakov A.A., Olfiruk T. P., Sharabura A. S. DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE CORRECTION OF SPEECH DISORDERS IN A COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN PATIENTS OF PSYCHO-NEUROLOGICAL DAY REHABILITATION HOSPITAL.....	105
Сердюк О.В., Сиденкова А.П. ДЕМЕНЦИИ, КАК ФАКТОР СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УХАЖИВАЮЩИХ ЛИЦ (клинико-психосоциальный подход) Serdyuk O.V., Sidenkova A.P. DEMENTIA AS A FACTOR OF FAMILY DESADAPTATION .....	107
Сайдалиходжаева Д.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Saydalihodjaeva D. G. PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF ANXIETY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN.....	110.
Скупова Т.В. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОСПИТЫВАЮЩИМ ИХ СЕМЬЯМ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ Skupova T.V. KEY TASKS IN HELPING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND RAISING THEIR FAMILIES IN THE INITIAL STAGES OF DIAGNOSIS.....	113
Чурбакова О.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМ Churbakova O.Y. EFFICIENCY OF THE COMPLEX APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISTIS SPECTRUM DISORDERS.....	114
Шишков В.В. МЕСТО ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Shishkov V.V. PLACE OF HYPNOSUGGESTIVE PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....	117
<b>ТЕЗИСЫ</b>	
Аверин В.А., Бочаров В.В., Шишкова А. М. АКЦЕНТ НА КОНСТРУКТИВНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ АКТИВНОСТИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ, КАК НЕОБХОДИМЫЙ ШАГ К ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ БЛИЗКИХ БОЛЬНОГО Averin V. A., Shishkova A.M. EMPHASIS ON CONSTRUCTIVE PERSONAL ACTIVITY OF DRUG ADDICT'S RELATIVES, AS A NECESSARY STEP TO THEIR DESTIGMATIZATION.....	120

Агарков В.А., Бронфман С.А., Мальцева Д.Ю. ОЖИДАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПАТТЕРНОВ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ "ЭФФЕКТИВНОГО" И "НЕЭФФЕКТИВНОГО" ТЕРАПЕВТА У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ*. Agarkov V.A., Bronfman S.A., Maltseva D.Y. EXPECTATIONS CONCERNING PATTERNS OF INTERPERSONAL COMMUNICATION OF "EFFICIENT" AND "NON-EFFICIENT" THERAPIST AMONG REPRESENTATIVES OF DANGEROUS OCCUPATIONS * .....	120
Агарков В.А., Бронфман С.А. ОЖИДАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ, ТРЕВОЖНЫМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ * Agarkov V.A., Bronfman S.A. EXPECTATIONS REGARDING THE EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN PATIENTS OF PSYCHIATRIC CLINIC WITH ADAPTATION DISORDERS, ANXIETY AND SOMATOFORMIC DISORDERS. * .....	122
Агеенкова Е.К. АНАЛИЗ «ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ» С ПОМОЩЬЮ ПЕРСОНАЛЬНЫХ СКАЗОК Aheyenkova E.K. PERSONAL FAIRY-TALES FOR ANALYSIS OF THE LIFE'S SCREENPLAY .....	122
Александров А.А. ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Aleksandrov A.A. DIALOGUE IN ANALITIC-CATHARTIC THERAPY .....	123
Ангел М.С. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ Angel M.S. CURRENT APPROACHES TO PREVENTING DRUG ADDICTION .....	123
Арпентьева М.Р. К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ Arpentieva M.R. TO THE PROBLEM OF THE CLINICAL COUNSELING .....	124
Арпентьева М.Р. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ Arpentieva M.R. MAIN PROBLEMS OF THE SOCIAL COUNSELING .....	125
Арпентьева М.Р. ЭКСПЕРТНЫЙ ПРОФАЙЛИНГ Arpentieva M.R. EXPERT PROFILING .....	126
Ассанович М.А. ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ НА ОСНОВЕ МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАША Assanovich M.A. EVIDENCE-BASED APPROACH IN CLINICAL PSYCHODIAGNOSTICS ON THE BASE OF RASCH METRIC SYSTEM .....	127
Ахмедов С.А. ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Akhmedov S. A. PSYCHOLINGVISTIC INVESTIGATION OF ADOLESCENTS-DELINQUENTS WITH MENTAL DISORDERS .....	127
Ахмедов С.А. КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ Akhmedov S. A. COMPLEX PSYCHOTHERAPY IN CORRECTION OF DELINQUENT BEHAVIOR OF ADOLESCENTS .....	128
Бабарахимова С.Б. ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ Babarahimova S.B. RESEARCH OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS .....	129
Бадалов А.А., Бровкина С.Н. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ИКАРА	

Badalov A.A., Brovkina S.N. PROPERTIES OF COGNITIVE FUNCTIONS OF THE PERSONS WITH ICARUS SYNDROME.....	129
Васильева А. В., Баландова О.И. ДИАГНОЗ СДВГ В СЕМЬЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У МАТЕРЕЙ И ПОИСК МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ Vasileva A. V., Balandova O. I. ADHD DIAGNOSIS IN THE FAMILY AS A RISK FACTOR OF ADJUSTMENT DISORDERS IN MOTHERS AND STUDY OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS TARGETS.....	130
Белан Р. М., Караваева Т. А. ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ Belan R.M., Karavaeva T. A. PROBLEMS OF CARRYING OUT CLINICAL-PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS IN THE REMOTE PERIOD OF FOLLOW-UP.....	130
Белов Ю.Г., Курышов В.Н., Майер О.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю. ВОЗМОЖНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Belov Y.G., Kuryshov V.N., Maier O.N., Maslova N.V., Shcherbina R.Y. A POSSIBLE APPROACH TO THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY.....	131
Бычкова А.С. МЕТОД ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Bychkova A.S. GROUP PSYCHOTHERAPY METHOD IN SOMATIC CLINIC.....	132
Виндорф С. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ Vindorf S.A. PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ADOLESCENTS PRONING TO ADDICTIVE BEHAVIOR.....	132
Винокур В.А. СУПЕРВИЗИЯ В БАЛИНТОВСКИХ ГРУППАХ – ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ Vinokur V.A. SUPERVISION IN BALINT GROUPS: PRACTICALITY AND NECESSITY OF DEVELOPMENT.....	133
Тарана М.Г. РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ Tarana M.Q. DEVELOPMENT OF PRACTICAL PSYCHOLOGY IN AZERBAIDZHAN.....	133
Городнова М.Ю. АВТОРСКИЕ МОДЕЛИ СУПЕРВИЗИИ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ Gorodnova M.Y. THE AUTHOR'S MODEL OF SUPERVISION IN CONTINUING MEDICAL EDUCATION.....	134
Григорьева И.В., Кралько А. А., Петренко И.М., Ладю А.В., Сергеев И.В. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЛЬМОТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАДАПТАЦИИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ Grigoryeva I.V., Kralko A.A., Piatrenka I.M., Lado A.V., Sergeenko I.V. CINEMA THERAPY IN THE PROCESS OF READAPTATION OF PATIENTS OF MEDICAL-LABOR DISPENSARIES.....	134
Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ В ИНИЦИАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЭПИЛЕПСИИ Gromov S. A., Lipatova L. V., Yakunina O.N. PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS AND CORRECTION IN THE INITIAL PERIOD OF EPILEPSY.....	135
Деларю В. В., Юдин С.А. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ Delaryu V.V., Yudin S. A . COPING STRATEGIES AND TYPES OF ATTITUDE TO THE DISEASE IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS.....	136
Десятник Н. В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ EMDR МЕТОДА ПРИ РАБОТЕ С БЕЗРАБОТНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ Desyatnik N.V. THE USE OF EMDR METHOD WHEN WORKING WITH THE UNEMPLOYED CITIZENS.....	136

<p>Дмитриченко М. С., Лаптева Е. Н., Разина М.В.  ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООТНОШЕНИЯ  И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА  Dmitrichenko M. S., Lapteva E. N., Razina M. V.  JUSTIFICATION OF THE CHOICE OF PSYCHOLOGICAL TECHNIQUES FOR STUDYING INTERRELATION OF THE SELF-RELATION  AND FOOD BEHAVIOR IN PERSONS WITH EXCESS BODY WEIGHT.....</p>	137
<p>Енин К. А., Енина В.В.  ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА  ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СОТРУДНИКОВ ПРИ РАБОТЕ В ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СРЕДЕ  Enin K. A., Enina V. V.  THE APPLICATION OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING FOR THE CORRECTION OF DYSFUNCTIONAL CONDITIONS  WHILE OPERATING IN AN ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT.....</p>	138
<p>Залевский Г.В.  ФИКСИРОВАННЫЕ (ИЗБЫТОЧНО УСТОЙЧИВЫЕ) ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСУПЕРВИЗИИ  Zalevsky G.V.  FIXED FORMS OF BEHAVIOR AS A PROBLEM IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHO-SUPERVISION.....</p>	138
<p>Золотова А. Н., Лемешук Т. Е.  РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ  ПУТЕМ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ  Zolotova A.N., Lemeshuk T.E.  EARLY IDENTIFICATION OF SUICIDAL TENDENCIES IN TEENAGERS IN PREVENTION WORK  THROUGH NON-DEPARTMENTAL INTERACTION.....</p>	139
<p>Зыбина О.А., Подсадная М.О., Шарт А.Е.  ПОВЫШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ МАГИСТРАНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ТРУДНОСТИ С АДАПТАЦИЕЙ  В КУЛЬТУРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА  Zybina O., Podsadnaya M., Shart A.  INCREASING RESISTENCE TO STRESS IN UNDERGRADUATES WHO HAVE DIFFICULTIES WITH ADAPTATION  IN THE CULTURAL-EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF HIGH SCHOOL.....</p>	139
<p>Ильченко Е. Г.  ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ  С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  Ilchenko E.G.  THE EXPERIENCE OF PATHOGENETIC PSYCHOTHERAPY (ANALITICAL-CATHARTIC MODEL) IN THE TREATMENT OF PATIENTS  WITH NEUROTIC DISORDERS.....</p>	140
<p>Исурин Г. Л.  ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ  Isurina G.L.  INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY: ARGUMENTS FOR AND AGAINST.....</p>	141
<p>Кабанова Л.И.  ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ  Kabanova L.I.  PHENOMENOLOGICAL AND EXISTENTIAL PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE.....</p>	141
<p>Камалова С.Ц.  АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ С КРОСС-КУЛЬТУРНЫМИ СЕМЬЯМИ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ  Kamalova S.Ts.  ACTUALITY OF WORKING WITH CROSS-CULTURAL FAMILIES IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING.....</p>	142
<p>Караваева Т.А., Смаковская Е.С.  СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЦ  С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ  Karavaeva T.A., Smakovskaya E.S.  COMPARATIVE STUDY OF EMOTIONAL AND SOCIAL MALADJUSTMENT IN PERSONS WITH NEUROTIC DISORDERS  AND HEALTHY PERSONS WITH SOCIAL FEARS.....</p>	142
<p>Кибардина М.П.  РАЗВИТИЕ ДИАЛОГОВЫХ УМЕНИЙ УЧАЩИХСЯ В ХОДЕ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ  Kibardina M. P.  DEVELOPING STUDENTS' DIALOGICAL SKILLS IN RESOLVING CONFLICTS.....</p>	143

Климочкина К.А. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ВРАЧА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Klimochkina K.A. EXPERIENCE IN APPLYING THE RESULTS OF SCIENTIFIC RESEARCH ON THE LEVEL OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN PRACTICE PHYSICIAN PSYCHO-NEUROLOGICAL CLINIC.....	143
Козловская Л.И. ПСИХОТЕРАПИЯ И ЭМОЦИИ Kozlovskaya L.I. PSYCHOTHERAPY AND EMOTIONS.....	144
Кокоренко В.Л. СЕМЕЙНЫЕ ФОТОГРАФИИ КАК СРЕДСТВО РАСШИРЕНИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО РЕСУРСА ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНОГО КОПИНГА Kokorenko V. FAMILY PHOTOS AS A MEANS TO PROMOTE COPING RESOURCE OF THE PERSON AND FAMILY COPING.....	144
Коломиец И.Л. ОСОЗНАВАНИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ СУПЕРВИЗИИ В ГЕШТАЛТ-ПОДХОДЕ Kolomiets I. L. AWARENESS AS A COMPONENT OF SUPERVISION IN GESTALT APPROACH.....	146
Коновалов П.Н., Задорожная О.В. ГРУППОВАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ГРАНИЦЫ ВОЗМОЖНОГО Konovalov P.N., Zadorozhnaya O.V. GROUP RECONSTRUCTIVE PSYCHOTHERAPY IN ONCOLOGICAL PATIENTS: LIMITS OF THE POSSIBLE.....	146
Коцюбинский А.П., Гусева О.В. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Kotsubinskiy A.P., Guseva O.V. DRUG-FREE METHODS IN COMPLEX STATIONARY TREATMENT OF THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS.....	147
Крайнюков С.В. ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ Kraynukov S.V. PSYCHOSEMANANTIC APPROACH IN CONTEMPORARY CLINICAL PSYCHOLOGY.....	148
Круглова Н.Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА ПРИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СОСУДАХ СЕРДЦА Kruglova N.E. PSYCHOLOGICAL FACTORS OF LABOR PROGNOSIS IN CORONARY VESSEL SURGERY.....	148
Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д. М., Иванов М.В. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Kudryashova V.Y., Saraykin D.M., Ivanov M.V. COPING STRATEGIES AND SELF-REGULATION OF BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS.....	149
Кулганов В.А., Митяева Л.В. РОЛЬ ПЛЕЙБЕК ТЕАТРА КАК ОДНОЙ ИЗ ТЕХНИК В ФОРМИРОВАНИИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКА Kulganov V.A., Mityaeva L.V. PLAYBACK THEATRE AS A TECHNIQUE OF FORMING TEENAGERS' SELF-AWARENWS.....	149
Куликова О.С., Антохин Е.Ю. ФРУСТРАЦИОННОЕ РЕАГИРОВАНИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Kulikova O.S., Antokhin E.Y. REACTIONS TO FRUSTRATION AS A FACTOR OF SOCIAL ADAPTATION IN SCHIZOPHRENIA.....	150
Курбанова Ш.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Kurbanova S.M. EXPERIENCE OF ART-THERAPY IN PSYCHIATRIC HOSPITAL IN REPUBLIC OF UZBEKISTAN.....	150
Курпатов В.И., Гладышенко А.В. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Kurpatov V.I., Gladysenko A.V. HOSPITAL REPLACEMENT TECHNOLOGY IN THE MEDICAL MODEL OF PSYCHOLOGICAL CARE OF PATIENTS WITH MENTAL AND PSIHOSOMATIC DISORDERS.....	151



Кутехова С.Ю. ОПЫТ РАБОТЫ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ Kutekhova S.Y. THE DOCTOR- PSYCHOTHERAPIST EXPERIENCE WITH THE ADOLESCENTS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA.....	152
Лакомская А.В. МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОПЕРАЦИЮ НА СОСУДАХ СЕРДЦА Lakomskaia A.V. TARGETS OF PSYCHOLOGICAL CARE FOR PATIENTS UNDERGOING SURGERY ON THE BLOOD VESSELS OF THE HEART.....	152
Лой О.А., Мельников А.В. ЖИТЕЙСКИЕ ИСТОРИИ: СМЫСЛЫ И ЦЕННОСТИ Loy O.A., Melnikov A.V. EVERYDAY STORIES: MEANINGS AND VALUES.....	153
Луньков А.С., Караваева Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ РЕМИССИЕЙ АЛКОГОЛИЗМА Lunkov A.S., Karavaeva T.A. PSYCHOTHERAPY OF ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS IN PATIENTS WITH SPONTANEOUS REMISSION OF ALCOHOLISM.....	153
Лупинов И.В., Семенова Н.В., Чубрикова А.В. ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕНИЕМ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ Lupinov I.V., Semenova N.V., Chubrikova A. V. EVALUATION OF SUBJECTIVE SATISFACTION OF PATIENTS WITH THE TREATMENT AS A TOOL FOR MANAGEMENT DECISION.....	154
Лысенко И.С., Ляшковская С.В., Семенова Н.В., Прощенко С.А., Бубнова И.В., Чубрикова А.В., Чернов П.Д. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ Lysenko I.S., Lyashkovskaya S.V., Semenova. N.V., Proshchenko S. A., Bubnova I. V., Chubrikova A.V., Chernov P.D. PRELIMINARY RESULTS OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH INITIALLY DIAGNOSED MALIGNANT NEOPLASMS.....	155
Макаревич О.В., Лутова Н.Б. ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЕЙНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ Makarevich O.V., Lutova N.B. FAMILY INTERVENTION'S PLANNING FEATURES IN THE COMPLEX THERAPY OF PSYCHOSES.....	156
Малкова Е.Е., Баканова А. А. ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ Malkova E.E., Bakanova A. A. PROBLEM OF DEFINING EFFICIENCY ASSESSMENT CRITERIA FOR NON-DRUG METHODS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH LIMITATIONS.....	156
Маркова И.П. ЭЛЕМЕНТЫ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ Markova I.P. THERAPY BY MEANS OF CREATIVE SELF-EXPRESSION BY M.BURNO IN PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH ACUTE STROKE...	157
Махров М. В., Докукина Т.В., Голубева Т.С., Королевич П.П. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ Makhrov M.V., Dokukina T.V., Golubeva T.S., Korolevich P.P., Haidukevich I. V. NEW POSSIBILITIES OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY WITH PHARMACOGENETIC TECHNOLOGIES.....	158
Мельников А.В., Лой О.А. ПАРУСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ «TERRA LIBERA» Melnikov A. V., Loy O.A. SAILING PSYCHOTHERAPY «TERRA LIBERA».....	158
Мельникова А.А. ФОРМАТ ИНТЕГРАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Melnikova A.A. FORMAT OF INTEGRATION: PROSPECTS FOR COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY.....	159

Мизинова Е.Б., Полторак С.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Mizina E.B., Poltorak S.V. DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL PROBLEMS OF THE CARDIOVASCULAR.....	160
Можгинский Ю.Б. ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ Mozhginskiy Y.B. PSYCHOANALYSIS FOR CHILDREN: BETWEEN PHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY.....	160
Моргачева Т.В., Разина М.В. РОЛЬ ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ДИССОМНИИ Morgacheva T.V., Razina M.V. THE ROLE OF ANXIETY DISORDERS IN CAUSING DISSOMNIA.....	161
Назарова И. А., Аболонин А. Ф. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПУТЁМ КОРРЕКЦИИ АУТОАГРЕССИИ Nazarova I.A., Abolonin A.F. INCREASE IN EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM BY CORRECTION OF THE AUTOAGGRESSION...	161
Насырова Р.Ф., Сосин Д.Н., Тепляшина В.В., Сосина К.А., Ершов Е.Е., Ахметова Л.Ш., Воликова О.В., Незнанов Н.Г. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА <i>HTR2A</i> (RS6313) КАК МАРКЕР АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Nasyrova R.F., Sosin D.N., Teplyashina V.V., Ershov E.E., Sosina K.A., Akhmetova L.Sh., Volikova O.V., Neznanov N.G. GENE POLYMORPHISM OF THE SEROTONIN RECEPTOR <i>HTR2A</i> (RS6313) AS A MARKER OF ANTIPSYCHOTIC-INDUCED METABOLIC DISORDERS: PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE STUDY.....	162
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. КРИЗИС ПСИХОТЕРАПИИ: ВНЕ НАС ИЛИ ВНУТРИ НАС? Nosachev G. N., Nosachev I. G. CRISIS PSYCHOTHERAPY: OUTSIDE OF US OR INSIDE OF US?.....	163
Носачев Г.Н., Дубицкая Е. А. К ВОПРОСУ О ЗАКОНЕ О ПСИХОТЕРАПИИ Nosachev G.N., Dubitskaja E.A. THE QUESTION OF LAW ON PSYCHOTHERAPY.....	164
Носачев Г.Н. ИНТЕГРАЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ Nosachev G. INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY.....	164
Оганесян Н. Ю. ТРИ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОМОТОРИКИ ЧЕЛОВЕКА Oganesian N. THREE COMPONENTS OF THE DANCE- MOVEMENT THERAPY IN THE CONTEXT OF HUMAN PSYCHOMOTORICS.....	165
Попов А.Н. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ И ДЕТЯМ ПРИ РАБОТЕ С ПРОБЛЕМАМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ Popov A.N. COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACHES TO HELPING PARENTS AND CHILDREN WITH THE PROBLEMS OF CHILD BEHAVIOR.....	165
Прощенко С.А., Бубнова И.В., Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чубрикова А.В., Чернов П.Д. МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ Proshchenko S. A., Bubnova I. V., Semenova. N.V., Lyashkovskaya S.V., Lysenko I.S., Chubrikova A.V., Chernov P.D. METHOD OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CANCER.....	166
Разина М. В., Караваева Т. А., Поляков Ал. Ю., Моргачева Т. В. НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСОМНИИ Razina M. V., Karavaeva T.A., Polyakov A.U., Morgacheva T.V. NON-DRUG TREATMENTS OF INSOMNIA.....	167
Рождественский В.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СОДЕРЖАНИЯ БРЕДА У МУЖЧИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ Rozhdestvenskiy V.I. PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF THE DELUSION PLOT IN MEN WITH SCHIZOPHRENIA.....	168

Романов Д.В. СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ Romanov D.V. STRATEGIES FOR PSYCHOTHERAPY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.....	168
Семенова Н. В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ Semenova N.V. THE ACTUAL ISSUES IN ETHICAL ASSESSMENT OF SCIENTIFIC RESEARCH.....	169
Семеняк Э.Г., Яценко К.О., Якунов А. С. ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Semenyak E.G., Yatsenko K.O., Yakunov A.S. PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS OF A CLIMACTERIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA....	169
Сиденкова А.П., Сердюк О. В. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ Serdyuk O., Sidenkova A. THE EXPERIENCE OF ORGANIZING SPECIALIZED GERONTOLOGICAL HELP TO PATIENTS WITH COGNITIVE DISORDERS IN SVERDLOVSK REGION.....	170
Ситкина Е.В., Исаева Е.Р. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Sitkina E.V., Isaeva E.R. PSYCHOLOGICAL CRITERIA OF FORECAST TREATMENT ADHERENCE OF DENTAL PATIENTS.....	170
Соколов Е.Ю. ПРОФИЛАКТИКА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПРОФЕССИОНАЛОВ ГРУППЫ РИСКА Sokolov E.Y. PREVENTION OF CRISIS STATES AT PROFESSIONALS OF GROUP OF RISK.....	171
Соколовская Т.В., Варшаловская Е.Б. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИППОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ НЕВРОЗОВ И ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ Sokolovskaya T., Varshalovskaya E. THERAPY OF HYPOCHONDRIAC DISORDERS IN NEUROSES AND BORDERLINE STATES CLINIC.....	172
Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Сосина К.А., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М. УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНА ЛИМФОЦИТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ И СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ Sosin D.N., Ershov E.E., Sosina K.A., Taraskina A.E., Nasyrova R.F., Krupitsky E.M. THE EXPRESSION LEVEL OF DOPAMINE RECEPTORS OF LYMPHOCYTES AND EFFECTIVENESS OF ANTIPSYCHOTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH COMORBID SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME: CLINICAL AND BIOLOGICAL CORRELATIONS.....	172
Сосина К.А., Сосин Д.Н., Ершов Е.Е., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М. УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ НА ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И РИСК РАЗВИТИЯ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ Sosina K.A., Sosin D.N., Ershov E.E., Taraskina A.E., Nasyrova R.F., Krupitsky E.M. THE EXPRESSION LEVEL OF ADRENERGIC RECEPTORS OF PERIPHERAL BLOOD LYMPHOCYTES AND RISK ANTIPSYCHOTIC-INDUCED EXTRAPYRAMIDAL DISORDERS.....	173
Спиридонов Я.В. СТРУКТУРНЫЕ, СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЦЕПТИВНО-ДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ Spiridonov Y. V. STRUCTURAL, SUBSTANTIAL AND FUNCTIONAL ASPECTS OF PERCEPTIVE-DYNAMIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY.....	174
Суворова Р. А., Шарипов А. Р., Кулешова С.Л. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Suvorova R. A., Sharipov A. R., Kuleshova S.L. ACTIVITIES OF PHYSIOLOGICAL SERVICES IN THE OPHTHALMIC HOSPITAL.....	174
Таращук Е. Ю., Коростылева Е. В., Серый Д. В. СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЗОВ	

ГБУЗ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 7» ГОРОДА КРАСНОДАРА Tarashchuk E.Y., Korostyleva E.V., Seriy D.V. STRUCTURE AND FEATURES OF MEDICAL AID ORGANIZATION TO THE PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS OF A NEUROTIC LEVEL ON THE EXAMPLE OF PATIENTS OF NEUROSIS DEPARTMENT GBYZ "SPECIALIZED PSYCHIATRIC HOSPITAL№ 7", KRASNODAR.....	175
Тарумов Д.А., Манчук А.А. НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ Tarumov D.A., Manchuk A.A. NEUROIMAGING ASPECTS OF BRAIN PATHOLOGY IN MENTAL DISORDERS CAUSED BY THE USE OF OPIOIDS.....	176
Тарумов Д.А., Мананцев П.А. НЕКОТОРЫЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ Tarumov D.A., Manantsev P.A. SOME NEUROIMAGING ASPECTS OF STRESS DISORDERS.....	176
Ташлыков В.А. КРАТКОСРОЧНАЯ ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Tashlykov V. A. BRIEF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOFARMAKOTHERAPY OF DEPRESSIVE DISORDES IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS.....	177
Фархутдинова Л. В., Кускильдина Ф.М. ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ Farkhutdinova L.V., Kuskildina F.M. INTEGRATIVE APPROACHES IN PSYCHOTHERAPY FOR FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN.....	177
Федосова Е. Г., Азбукина О. Д., Половнева Н.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И РОЛЬ В НЕМ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Fedosova E.G., Azbukina O.D., Polovneva N.A. COMPLEX APPROACH TO TREATMENT FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND PLAY THERAPY.....	178
Филиппов В. Л., Ф.Юлия В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ МЕТОДАМИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ Filipov V.L., Filippova Y.V. EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS BY MEANS OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY, PSYCHOTHERAPY, AND ACUPUNCTURE.....	178
Хасанова К.Д. РОЛЬ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ВЫБОРЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ. Khasanova K.D. THE ROLE OF THE PSYCHODIAGNOSTIC METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF AICOHOL-DEPENDENT PATIENTS WHO ARE PRONE TO DEVIANT BEHAVIOR. ....	179
Хяникяйнен И.В. ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ИНИЦИАЛЬНОЙ СТАДИИ Hyanikyaynen I.V. APPROACHES TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA OF BRAIN AT THE INITIAL STAGE..	180
Чалдышкин А.В., Литвин А.С., Косова Е.О. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАК МЕТОД ИХ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ Chaldyshkin A. V., Litvin A.S., Kosova E.O. DISTANCE LEARNING IS SOCIALLY DANGEROUS PATIENTS ON COMPULSORY TREATMENT AS A METHOD OF THEIR RE-SOCIALIZATION.....	181
Шарипова Ф. К. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА Sharipova F.K. PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I.....	181

<p>Шигакова Ф.А.  ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ  Shigakova F.A.  INTEGRATION OF PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGY AS AN IMPORTANT FACTOR IN THE REHABILITATION OF FEMALE OPIUM ADDICTS.....</p>	182
<p>Шишков В.В.  МЕСТО ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  Shishkov V. V.  THE PLACE OF HYPNOSUGGESTIVE PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....</p>	183
<p>Щелкова О.Ю., Усманова Е. Б.  ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ  Shchelkova O.Y., Usmanova E. B. ....</p>	183
<p>Яковлев А.В., Караваева Т.А.  НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПСИХОАКУСТИКЕ  Yakovlev A.V., Karavaeva T.A.  SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF INFORMATION AND TECHNICAL SUPPORT OF RESEARCH ON PSYCHOACOUSTICS.....</p>	184
<p>Яшихина А. А.  ПЛАНИРОВАНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ С УЧЕТОМ СПЕЦИФИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ  Yashikhina A.A.  PLANNING PSYCHOCORRECTIONAL MEASURES IN PATIENT WITH PERSONALITY DISORDER CONSIDERING EMOTIONAL-MOTIVATIONAL SPHERE SPECIFICS.....</p>	184

VII Международный Санкт-Петербургский конгресс  
**«ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ — ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО»**

17-18 марта 2017 года,  
Санкт-Петербург

**Место проведения конгресса:**

**Первый день — 17 марта 2017 года, 10.00-18.00.** Санкт-Петербург, улица Бехтерева, д.3, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, конференц-зал. Состоятся пленарное заседание, симпозиум, круглые столы, дискуссия.

**Второй день — 18 марта 2017 года, 10.00-18.00.** Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., д. 18, Восточно-Европейский институт психоанализа. День будет посвящен пленарному и секционным заседаниям.

**Организаторы конгресса:**

- ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига.
- Российская психотерапевтическая ассоциация.

**При участии:**

- Восточно-европейский институт психоанализа.
- Национальная Саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов».
- Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- ГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- Общественная организация «Санкт-Петербургское психологическое общество».
- Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП).

**Организационный комитет**

**Сопредседатели:**

- *Незнанов Н.Г.* — д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора, Президент Всемирной Ассоциации динамической психиатрии.
- *Караваева Т.А.* — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации.
- *Макаров В.В.* — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. Вице-президент Всемирного Совета по психотерапии, Президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов».
- *Бабин С.М.* — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации.

**Члены программного комитета:**

Акименко М.А., д.м.н., профессор, ученый секретарь Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Александров А.А., д.м.н., профессор кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Бочаров В.В., к.пс.н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Васильева А.В., д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Еричев А.Н., к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Залуцкая Н.М., к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Иванов М.В., д.м.н., профессор, руководитель отделения биологической терапии психически больных Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Исурина Г.Л., к.пс.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета.

Катов А.Л., д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии Санкт-Петербурга, Вице-президент ОППЛ, официальный преподаватель и супервизор практики ОППЛ, Председатель комитета по законодательным

инициативам ОППЛ, Председатель комитета по науке ОППЛ, психотерапевт Единого Реестра профессиональных психотерапевтов Европы, официальный консультант и эксперт УПН ООН по вопросам наркомании (эпидемиология, профилактика, психотерапия, реабилитация) в странах Центральной Азии.

Ковпак Д.В., к.м.н., доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Председатель ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии.

Коцюбинский А.П., д.м.н., профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Лутова Н.Б., д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения фармако-психотерапии психических расстройств Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Михайлов В.А., д.м.н., главный научный сотрудник, заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству, руководитель международного отдела, научный руководитель отделения реабилитации психосоматических больных Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Попов Ю.В., д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Ташлыков В.А., д.м.н., профессор кафедры терапии и ревматологии №1 им. Э.Э. Эйхвальда Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Чехлатый Е.И., д.м.н., профессор отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Эйдемиллер Э.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Президент Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов.

***Сопредседатели локального оргкомитета:***

- *Румянцева И.В.* — Вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, председатель регионального отделения ОППЛ в Санкт-Петербурге и СЗФО, член наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов».
- *Хетрик С.В.* — исполнительный директор Российской Психотерапевтической Ассоциации.

**Основные темы конгресса:**

- Вопросы развития образовательных, научных, методологических, организационных основ современной психотерапии и медицинской психологии.
- Новые подходы к лечению пациентов с пограничными психическими расстройствами (комплексное применение медикаментозного лечения, психотерапии, психологической коррекции).
- Современные возможности психофармакотерапии.
- Интегративные тенденции в психотерапии и психологии.
- Доказательные исследования эффективности методов, применяющихся в психотерапии и психологической коррекции.
- Клиническая психология и психотерапия.
- Актуальные проблемы клинической психодиагностики.
- Этико-правовые аспекты в психотерапии и медицинской психологии. Супервизия.
- Пути и тенденции саморегулирования в области психотерапии и психологии.

## ИТОГОВАЯ ПРОГРАММА КОНГРЕССА

### ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 17 МАРТА 2017 г.

Конференц-зал, 10.30-12.00

**ПРЕЗИДИУМ:** Незнанов Н.Г., Караваева Т.А., Макаров В.В., Ташлыков В.А., Бабин С.М., Васильева А.В., Катков А.Л.

#### **Приветственное слово:**

**Н.Г. Незнанов** – д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, председатель Российского общества психиатров, Главный психиатр Росздравнадзора, Президент Всемирной Ассоциации динамической психиатрии.

**В.В. Макаров** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Вице-президент Всемирного Совета по психотерапии, Президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов».

#### **Пленарные доклады (регламент – 15 мин.)**

##### **1. ПРАВСТВЕННОСТЬ В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Караваева Татьяна Артуровна** – д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации. Россия, Санкт-Петербург.

##### **2. ОБРАЗОВАНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Макаров Виктор Викторович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. Вице-президент Всемирного Совета по психотерапии, Президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Россия, Москва.

##### **3. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУЩЕСТВОВАНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Бабин Сергей Михайлович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Президент Российской психотерапевтической ассоциации.

##### **4. МЕСТО ИДЕНТИЧНОСТИ В ПСИХОТЕРАПИИ - ЗА ГРАНЬЮ ИССЛЕДУЕМОГО**

**Васильева Анна Владимировна** – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Россия, Санкт-Петербург.

##### **5. ПСИХОЭТИКА**

**Катков Александр Лазаревич** – д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, вице-президент ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

##### **6. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В 21 ВЕКЕ: СИНЕРГЕТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И АКТОРНО-СЕТЕВОЙ ПОДХОД**

**Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России», Президент Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов. Россия, Санкт-Петербург.

**Тарабанов Арсений Эдмондович** – Ph.D., модератор Международной исследовательской группы "Family Psychotherapy and Neurosciences" NPSA. Литва, Вильнюс, Литва.

#### **КРУГЛЫЙ СТОЛ:**

#### **САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Конференц-зал, 12.00-13.00**

#### **Фиксированные доклады (регламент 10 мин):**

- 1. Макаров В.В.**
- 2. Бабин С.М.**
- 3. Шаболтас А.В.**
- 4. Курпатов В.И.**

**В прениях:** Катков А.Л., Ульянов И.Г., Ковпак Д.В., Бражников А.В. Подсадный С.А. и другие.

**13.00-14.00. Перерыв**



**КРУГЛЫЙ СТОЛ:  
ПРОЦЕСС И МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ**  
**Конференц-зал, 14.00-18.00**

**МОДЕРАТОРЫ:** Еричев А.Н., Макарова Е.В., Хетрик С.В., Замалиева С.А.

Фиксированные доклады (регламент 7 мин):

1. **Исурина Г.Л.**, «Интегративные тенденции в психотерапии: развитие или деградация!».
2. **Семенова Н.В.**, «Актуальные вопросы этической оценки научных исследований».
3. **Ковпак Д.В.**, «Третья волна когнитивно-поведенческой психотерапии».
4. **Еричев А.Н.**, «Работа с глубинными убеждениями в когнитивно-поведенческой психотерапии».
5. **Макарова Е.В.**, «Исследования в области специфики онлайн-консультирования».
6. **Кулаков С.А.**, «Супервизия психотерапевтов».
7. **Кораблина Е.П.**, «Экзистенциальный символический подход в профессиональной психологической помощи».
8. **Замалиева С.А.**, «Майндфулнесс, подход в психотерапии».
9. **Петрова Е.Ю.**, «Гештальт-подход в психологическом консультировании».
10. **Федоров Я.О.**, «Современный психоанализ для психиатрии - это инфекция или прививка».
11. **Демьяненко А.М.**, «Особенности психотерапии пограничных расстройств».
12. **Ляшковская С.В.**, «Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Перспективы развития».

**СИМПОЗИУМ:  
ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ПСИХИАТРИИ**  
**Круглая аудитория (2-ой корпус), 14.00-17.00**

ПРЕЗИДИУМ: Лутова Н.Б., Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г.

1. **Коцюбинский А.П.** – д.м.н., профессор, «Холистическая диагностика пограничных психических расстройств» – 20 мин.
2. **Лутова Н.Б.** – д.м.н., «Грани лечебного процесса» – 20 мин.
3. **Петрова Н.Н., Савельева О.В.** – д.м.н., профессор, «Психообразование, комплаенс и эффективность лечения шизофрении» – 20 мин.
4. **Бутома Б.Г.** – д.м.н., **Медведев С.Э.** – к.м.н., «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование – системный синергизм подходов» – 20 мин.
5. **Решетова Т.В.** – д.м.н., профессор, «Синдром эмоционального выгорания врача в условиях современного кризиса» – 20 мин.
6. **Гусева О.В.** – к.м.н., «Общие принципы и стратегии психотерапии при заболеваниях шизофренического спектра» – 15 мин.
7. **Лупинов И.В.** – глав. врач ОПНД, «Субъективная удовлетворенность больных лечением как инструмент принятия управленческих решений в организации амбулаторной психиатрической помощи» – 15 мин.
8. **Рыбакова К.В.** – к.м.н., **Дубинина Л.А.** – к.м.н., **Киселев А.С., Крупицкий Е.М.** – д.м.н., профессор, «Субъективное восприятие ремиссии у больных алкогольной зависимостью: мишени профилактики рецидивов» – 15 мин.
9. **Сорокин М.Ю.** – младший научный сотрудник, «Эффективность реабилитационных интервенций и мотивация к лечению у психиатрических больных: сравнительное исследование» – 15 мин.
10. **Макаревич О.В.** – младший научный сотрудник, «Особенности планирования семейных интервенций в составе комплексной терапии психозов» – 15 мин.

**18 МАРТА 2017 Г.**

**ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 18 МАРТА 2017 Г.**  
**Аудитория № 10, 10.30-15.45**

ПРЕЗИДИУМ: Макаров В.В., Курпатов В.И., Баранников А.С., Ульянов И.Г., Винокур В.А.

**Пленарные доклады (регламент – 15 мин.):**

**1. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Курпатов Владимир Иванович** – д.м.н., профессор, Главный психотерапевт Комитета по здравоохранению СПб, Президент Профессиональной Медицинской Психотерапевтической Ассоциации (ПМПА), заведующий психотерапевтическим центром СПб ГБУЗ ГПНД №7 (со стационаром). Россия, Санкт-Петербург.

## **2. ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Александров Артур Александрович** – д.м.н., профессор кафедры психологии Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова, врач-психотерапевт, психиатр, медицинский (клинический) психолог. Россия, Санкт-Петербург.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) — это краткосрочная модель психотерапии, основанная на психологии отношений В.Н. Мясищева. Основной мишенью АКТА является внутриличностная проблематика и лежащая в ее основе неадекватная система отношений. К осознанию внутреннего конфликта АКТА идет через разыгрывание внешних конфликтов с воображаемыми значимыми фигурами из прошлой и настоящей жизни пациента. «Диалог-встреча» с эмоционально значимой фигурой обостряет внутренний конфликт и тем самым делает его более прозрачным и доступным для психотерапевтических воздействий. Через осознание роли своей личности в возникновении межличностного конфликта пациент подходит к осознанию неадекватных отношений, лежащих в основе его внутреннего конфликта.

## **3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

**Ульянов Илья Геннадиевич** – д.м.н., профессор, врач-психотерапевт высшей категории, сексолог, психиатр, психиатр-нарколог, зав. кафедрой психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России. Россия, Владивосток.

## **4. ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ**

**Резникова Татьяна Николаевна** – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

**Селиверстова Наталья Алексеевна** – к.п.с.н., научный сотрудник лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

**Федоряка Денис Александрович** – врач-психотерапевт, действительный член и супервизор Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, аспирант Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

На основании собственных клинико-психологических исследований и теоретического моделирования индивидуальных ВКБ больных различными формами заболеваний органического, функционального и смешанного генеза нами создана общая теоретическая модель ВКБ. Под влиянием сенсорных импульсных воздействий определенной частоты на функциональное состояние мозга перестраиваются различные составляющие ВКБ: эмоциональная, активационная, мотивационная, гностическая. Результаты экспериментально-психологических исследований показали, что одновременно и во взаимодействии с оптимизирующей перестройкой структуры ВКБ протекает положительная динамика психических процессов, психического состояния. Подтверждены компенсаторные перестройки адаптационного плана в структуре личности.

## **5. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ**

**Федоряка Денис Александрович** – врач-психотерапевт, действительный член и супервизор Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, аспирант Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

**Резникова Татьяна Николаевна** – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

**Селиверстова Наталья Алексеевна** – к.п.с.н., научный сотрудник лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются компоненты сложной внутриличностной структуры, связанной с восприятием, представлением и переживанием болезни, имеющей определённый нейрофизиологический базис - внутренней картины болезни (ВКБ). Дается краткое описание актуальности проблематики, обсуждаются особенности ВКБ у лиц страдающих паническими атаками. Рассматривается влияние особенностей ВКБ на лечебный процесс у больных паническими атаками.

## **6. СИСТЕМА ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС**

**Селиверстова Наталья Алексеевна** – к.п.с.н., научный сотрудник лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

**Резникова Татьяна Николаевна** – д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

**Савельев Евгений Владимирович** – клинический психолог, аспирант Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

Под влиянием болезни у человека может меняться форма отражения окружающей его действительности, что зачастую происходит неосознанно и касается значимых отношений человека (взаимоотношений в семье, отношений с противоположным полом и др.). Субъективные отношения являются отражением объективной реальности, в которую включен человек и являются основой внутреннего мира личности. Большой вклад в изучение этого направления внесли отечественные психологи Лазурский А.Ф. и Мясищев В.Н. Особенно важны такие исследования при болезнях человека, механизмы развития которых обусловлены и органической патологией и психогенезом. Доклад будет представлен на

примере больных рассеянным склерозом (РС), которое является тяжелым неврологическим заболеванием с непредсказуемым течением, приводящее к ранней инвалидизации больных.

#### **7. ПСИХОТРАВМА: ОТ ФЕНОМЕНОЛОГИИ - К ЛИЧНОСТНЫМ РЕСУРСАМ**

**Защиринская Оксана Владимировна** – д.п.н., доцент, факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Исполнительный директор Общественной организации «Санкт-Петербургское психологическое общество», психотравматолог Европейского реестра. Россия, Санкт-Петербург

В докладе рассматривается, дефиниция психической травмы. Экстраполяция значения данного термина на различные психические явления и процессы. Феноменология психических травм. Принцип нормальности при изучении психической травмы. Ресурсы личности и помощь в трудных жизненных ситуациях. Многоуровневая психодинамическая травматерапия.

#### **8. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РАЗВИТИИ ПСИХОТЕРАПИИ К ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Филиппов Вадим Леонидович** – д.м.н., профессор, врач-психиатр, врач-психотерапевт, заведующий лабораторией комплексной оценки состояния здоровья и профилактики ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены профпатологии и экологии человека» Федерального медико-биологического агентства. Россия, Санкт-Петербург.

**Филиппова Юлия Вадимовна** – к.м.н. доцент, врач-психиатр, врач-психотерапевт, ведущий научный сотрудник ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены профпатологии и экологии человека» Федерального медико-биологического агентства. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается проблема совершенствования научно-методических и практических подходов повышения эффективности лечения пациентов, находящихся в многопрофильных соматических стационарах.

#### **9. СУПЕРВИЗИЯ В БАЛИНТОВСКИХ ГРУППАХ – ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ**

**Винокур Владимир Александрович** – д.м.н., профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова (Санкт-Петербург), профессор Восточно-Европейского института психоанализа, Президент Санкт-Петербургского Балинтовского общества, член консультативного совета Международной Балинтовской Федерации, член редколлекции «Balint-Journal (Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft)» (Германия). Россия, Санкт-Петербург.

Одной из предпосылок необходимости создания и устойчивого существования такой эффективной формы аналитической супервизии, как балинтовские группы врачей и психологов, служит анализ профессионального «самочувствия» этих специалистов, показывающий, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Есть и другие важные характеристики нашей профессии, определяющие необходимость балинтовской супервизии.

#### **10. ПЕТЕРБУРГСКАЯ ШКОЛА ПСИХОТЕРАПИИ: ИСТОКИ, РАЗВИТИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ.**

**Подсадный Сергей Александрович** – к.м.н., руководитель Научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» СПбГУ, председатель Общества Личностно-ориентированных (реконструктивных) психотерапевтов Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, лауреат национального профессионального конкурса «Золотая Психея-2013».

#### **11. РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Мамедова Тарана Газанфар** – директор Центра психологии и развития речи «Логос», учредитель Центра психологической службы и исследований Азербайджанской Республики. Азербайджан, Баку.

Содержание доклада отражает: историю развития, современное состояние, планы дальнейшего развития практической психологии и психотерапии в Азербайджане.

#### **12. ИНДИВУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПТСР В КОНТЕКСТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ПРОАКТИВНОГО КОПИНГА**

**Слабинский Владимир Юрьевич** – к.м.н., доцент Научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» института высоких медицинских технологий Санкт-Петербургского государственного университета, директор Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, член Координационного Совета Гильдии Психотерапии и Тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

**Воищева Надежда Михайловна** – психолог, заместитель директора по учебной и научной работе Петербургской школы психотерапии и психологии отношений. Россия, Санкт-Петербург, член Координационного Совета Гильдии Психотерапии и Тренинга.

В докладе рассматриваются индивидуально-психологические особенности пациентов с ПТСР в контексте профессионального выгорания и проактивного копинга. Приводятся результаты собственных исследований.

### **13. СУПЕРВИЗИЯ В РАБОТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ПСИХОЛОГА**

**Лях Игорь Вячеславович** – действительный член ОППЛ, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы (ЕАП), председатель комитета по супервизии ОППЛ, Действительный супервизор ОППЛ, официальный представитель ЦС ОППЛ в Западной Сибири, руководитель Новосибирского регионального отделения ОППЛ. Россия, Новосибирск.

В докладе представлен анализ практической работы супервизоров.

### **14. КИБЕРПОТАЛОГИИ: И ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ**

**Титова Влада Викторовна** – к.м.н., врач-психотерапевт, психиатр, нарколог, доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, психотерапевт Европейского реестра. Россия, Санкт-Петербург.

### **15. ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В АСПЕКТЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ НОРМ И МЕДИАЦИИ**

**Лаврова Нина Михайловна** – генеральный директор Центра системного консультирования и обучения "Synergia", председатель комитета по медиации ОППЛ, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, профессиональный медиатор. Россия, Санкт-Петербург.

Выполнение постановлений Правительства РФ по созданию благоприятной и безопасной социальной среды является задачей, которая решается при объединении усилий медиаторов и специалистов, занимающихся оказанием психотерапевтической и психологической помощи. В докладе рассматриваются этико-правовые принципы организации психотерапевтической и психологической помощи населению РФ, а также мероприятия по урегулированию и предотвращению конфликтов в медицинских учреждениях в связи с претензиями пациентов и их родственников. Особое внимание уделяется нормативным актам, формулирующим обязательства медицинских учреждений.

Прежде всего, отмечается приказ Минздрава РФ № 422-ан от 07.07.2015 года «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Далее комментируется ряд законов. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» предусматривает 10 дней для удовлетворения отдельных требований потребителей услуг. Закон РФ от 16.11.2007 «О саморегулируемых организациях» освещает этические принципы оказания медицинской помощи и определяет ее профессиональные стандарты. Закон РФ от 27.07.2010 №193 «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» предусматривает введение медиативной оговорки в договоры, заключаемые пациентом и медицинским учреждением. Оговорка предполагает внесудебный порядок урегулирования споров путем процедуры медиации, сводящей к минимуму моральный и материальный ущерб вследствие конфликта.

### **16. ДУХОВНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ: ФЕНОМЕН, ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ НОРМАЛЬНОЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ**

**Баранников Александр Сергеевич** – д.м.н., профессор кафедры педагогики и психологии Московского социально-педагогического института, председатель секции экзистенциальной психотерапии Профессиональной психотерапевтической лиги, председатель координационного совета Ассоциации экзистенциально-аналитических психологов и психотерапевтов. Россия, Москва.

В докладе рассматривается феномен духовной депривации. Описываются ее формы, связанные с остротой депривирующего воздействия. Рассматривается влияние депривации на структуру и процесс переживания. Определяются основные перспективы развития личности на фоне перенесенной духовной депривации и общие принципы психотерапии ее последствий.

### **17. ПСИХОГЕННОЕ БЕСПЛОДИЕ - ПРИЧИНЫ И ПСИХОТЕРАПИЯ**

**Коваленко Наталья Петровна** – д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой социальной психологии БГИ, президент Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины, академик Медико-технической академии (Москва), руководитель секции "Ресурсная психотерапия" ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

#### **КРУГЛЫЙ СТОЛ:**

**Аудитория № 4, 12.30-14.20**

**Открытое заседание руководящих органов Саморегулируемой организации Ассоциации развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов». Практика саморегулирования**

Модераторы: Макаров В.В., Катков А.Л.

Выступления: Лях И.В., Жуков А.С., Лаврова Н.М., Баранников А.С., Румянцева И.В., Титова В.В., Смирнова, Ю.С., Старостин О.А., Зезюлинская И.А.

**СЕКЦИОННЫЕ ЗАСЕДАНИЯ 18 МАРТА 2017 Г.  
Регламент выступлений с докладом – 10 мин.**

**Сателлитная Всероссийская научно-практическая конференция:  
«ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ: ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ,  
ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ».  
Аудитория № 2, 10.30-18.00**

**Председатели: Защиринская О.В., Пристав О.В., Котова С.А.**

Заседание проходит с участием научной секции «Психология образования и психотравматология» Общественной организации «Санкт-Петербургское психологическое общество» (коллективный член Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество»).

На заседании будут обсуждаться возможности взаимодействия всех субъектов образовательного процесса при решении вопросов:

1. ФГОС и современные технологии обучения;
2. Индивидуальный подход к ученику в работе учителей-предметников;
3. Социально-педагогическая помощь учащимся в трудной жизненной ситуации;
4. Здоровьесозидающая образовательная среда;
5. Психологические условия реализации межпредметных связей с позиции ФГОС.

Режим работы конференции:

10.00–11.30 – доклады участников.

11.30–11.45 – перерыв.

11.45–12.10 – интерактивная лекция на тему: «Модель просветительской работы с родителями и педагогами по профилактике компьютерной зависимости у школьников».

Лектор: Харьков В.И.

12.10–12.35 – мастер-класс «Деньги и другие ресурсы как феномен границы семьи. Модель работы с клиентским запросом».

Ведущая: Пристав О.В.

12.35–13.15 – мастер-класс «Новые аппаратные методы оценки и коррекции психофизиологического состояния».

Ведущий: Голуб Я.В.

13.15–14.00 – перерыв.

14.00–15.30 – выступления докладчиков.

15.30–15.45 – перерыв.

15.45–17.00 – выступления докладчиков.

10.00–11.30

**ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ ИЛИ ОППОЗИЦИЯ**

**Онищенко Элеонора Васильевна** – д.п.н., профессор кафедры педагогики начального образования и художественного развития ребенка Института детства Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе дан анализ основных закономерностей становления и развития мировой педагогической мысли в широком культурном контексте. Рассмотрена сущность возникновения собственно педагогических традиций, отражающих особенности развития общей культуры человеческой цивилизации и их взаимосвязь с педагогическими новациями. Основной акцент сделан на уточнении самих понятий – педагогическая традиция и новация.

Представлен анализ наиболее релевантных педагогических систем и концепций с точки зрения их традиционности и новационности, дано обоснование специфике их взаимодействия в различные исторические периоды развития человеческой цивилизации о образования как социального института.

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Лаптева Анастасия Валерьевна** – аспирант факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, Санкт-Петербург.

**Защиринская Оксана Владимировна** – д.п.н., доцент факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Исполнительный директор Общественной организации «Санкт-Петербургское психологическое общество». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе раскрывается понятие дружеских отношений, его аспекты, функции, важность дружбы как вида межличностного общения. Особое внимание уделено возрастным особенностям представлений о дружеских отношениях у детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью. Представлены полученные результаты исследования, в том числе, характеристика образа друга, эмоциональная потребность в друге, тип отношений с ним. Проводится сравнительный

анализ возрастных особенностей дружбы детей младшего школьного возраста и подростков с разным уровнем интеллектуального развития.

#### **ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ВОСПИТАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ**

**Красновский Валерий Николаевич** – к.п.с.н., доцент, доцент кафедры Военно-космической академии имени А.Ф. Можайского, Санкт-Петербург,

**Дугин Игорь Михайлович** – к.п.с.н., доцент, доцент кафедры Военно-космической академии имени А.Ф. Можайского, Санкт-Петербург.

В докладе будут раскрыты и представлены варианты выделения основных направлений воспитания, каждое из которых направлено на формирование определенной подсистемы качеств формирующейся личности. Данный подход не исключает правомерности и частых направлений воспитания. Их многообразие требует взаимного проникновения, чтобы они представляли собой целостный процесс, формируемый в рамках всей образовательной системы.

#### **О ФОРМАХ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПЕДАГОГОВ В РАБОТЕ С ОДАРЕННЫМИ ДЕТЬМИ**

**Афанасьева Татьяна Максумовна** – педагог-психолог, методист ЦПМСС Красносельского района Санкт-Петербурга.

**Варламова Евгения Николаевна** – педагог-психолог, методист ЦПМСС Красносельского района Санкт-Петербурга.

**Седунова Ирина Сергеевна** – педагог-психолог, заведующий коррекционно-развивающим отделом ЦПМСС Красносельского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается разработка педагогами-психологами ЦПМСС Красносельского района цикла проблемных семинаров для педагогов, работающих с одаренными детьми. Говорится об апробировании инновационных форм работы, обогащающих профессиональное взаимодействие и приводящих к повышению психолого-педагогической компетентности специалистов.

Так же в докладе представлен анализ анкетирования педагогов ГБОУ ДОД Дом Детского Творчества после проведения семинаров.

#### **ФИЛАТЕЛИОТЕРАПИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФИЛАТЕЛИИ**

**Громов Юрий Владимирович** – старший преподаватель кафедры социальной безопасности РГПУ им. А.И. Герцена, координатор образовательной площадки «Герценовский филателист», член Санкт-Петербургского психологического общества. Россия, Санкт-Петербург.

#### **НОВЫЕ АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

**Голуб Ярослав Валерьевич** – к.м.н., зав. сектором психофизиологии спорта Санкт-Петербургского научно-исследовательского института физической культуры, доцент кафедры реабилитации и спортивной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе (мастер-классе) представлены новые подходы к оценке и тренировке распределенного внимания, будет продемонстрирована практическая возможность использования их в работе психолога и педагога.

Демонстрируются новые подходы к оценке психофизиологической совместимости.

Показана эффективность использования свето-звуковой стимуляции в сочетании с психотренингом для оптимизации психофизиологического состояния.

#### **ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ КАК ОРИЕНТИР ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛЫ**

**Алексеева Анна Николаевна** – социальный педагог ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

**Золотарева Екатерина Александровна** – заместитель директора по воспитательной работе ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен анализ исследования различных компонентов толерантности, приведен анализ ее содержательно-смысловых компонентов. Обосновано содержание внеурочной деятельности как главного приоритета для построения модели формирования толерантности в подростковой среде

#### **РАЗВИВАЮЩАЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА «ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-РОЛЕВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ»**

**Полакainen Светлана Александровна** – педагог-психолог, ГБУ ДО ЦППС Кировского района. Россия, Санкт-Петербург.

**Каплунова Варвара Владимировна** – педагог-психолог, ГБУ ДО ЦППС Кировского района. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлена программа «Формирование социально-ролевой компетенции у подростков». Особое внимание уделено формированию ключевых представлений о себе, других, окружающем мире, с учетом существующих национальных ценностей лежащих в основе современного образования в соответствии с требованиями ФГОС.

#### **ОТРАЖЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В МОТИВАХ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ**

**Пристав Оксана Викторовна** – к.п.с.н., доцент, педагог дополнительного образования ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлены результаты исследования мотивов выбора области профессиональной деятельности старшеклассниками. Показано влияние отражения сформированных экономических представлений на решение учащихся. На основе полученных данных также выявлены представления об активности в экономической сфере и приоритетах в распределении денежных средств, описаны две основные тенденции экономической социализации старшеклассников.

#### **ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ И ПЕДАГОГАМИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ**

*Харьков Владимир Иванович – педагог-психолог, специалист Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Приморского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.*

В докладе представлена проблема выстраивания новой модели поведения взрослых, предполагающая защиту школьников от риска компьютерной зависимости. Раскрыта система психолого-педагогических методов и средств, позволяющих решить проблему.

11.45–13.00 – мастер-классы.

#### **АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА**

*Голуб Ярослав Валерьевич – к.м.н., зав. сектором психофизиологии спорта Санкт-Петербургского научно-исследовательского института физической культуры, доцент кафедры реабилитации и спортивной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.*

#### **ДЕНЬГИ И ДРУГИЕ РЕСУРСЫ КАК ФЕНОМЕН ГРАНИЦЫ СЕМЬИ. МОДЕЛЬ РАБОТЫ С КЛИЕНТСКИМ ЗАПРОСОМ**

*Пристав Оксана Викторовна – к.п.с.н., доцент, педагог дополнительного образования ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.*

#### **МОДЕЛЬ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ И ПЕДАГОГАМИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ**

*Харьков Владимир Иванович – педагог-психолог, специалист Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Приморского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.*

14.00–15.30

#### **АРТ-ТЕХНОЛОГИИ В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ И МЕДИАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ**

*Котова Светлана Аркадьевна – к.п.с.н., доцент, заведующая кафедрой педагогики начального образования и художественного развития ребенка РГПУ им. А.И. Герцена, Россия, Санкт-Петербург.*

Сообщение посвящено расширению компетентности психологов и педагогов в области использования арт-технологий. Будут представлены разные виды арт-технологий и художественных средств, пути их использования в разрешении межличностных конфликтов, возникающих в образовательной среде. Показаны возможности арт-технологий, в том числе и информационных, в работе школьной службы медиации.

#### **РАЗВИТИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЛИТЕРАТУРНЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ**

*Маранцман Елена Константиновна – д.п.н., доцент кафедры педагогики начального образования и художественного развития ребенка РГПУ им. А.И. Герцена, Россия, Санкт-Петербург.*

Доклад посвящен актуальной проблеме образования – формированию концептуального мышления школьников. Будут описаны компоненты структуры концептуального мышления, показана роль гуманитарного образования в его развитии. Особое внимание будет уделено возможностям литературного образования и работе с литературными произведениями для становления концептуального мышления подростков и старшеклассников.

#### **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛЫ**

*Морарь Ирина Талгатовна – директор Государственного бюджетного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 237 Красносельского района г. Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.*

В докладе представлен анализ применения психолого-педагогических технологий в здоровьесберегающей деятельности школы. В связи с постепенным повышением требований к образовательному уровню учащихся актуальной проблемой является разработка критериев диагностики детей с различными трудностями в обучении в общеобразовательных школах. Традиционное деление учащихся на успевающих и неуспевающих в работе специалистов образовательного учреждения во многом остается интуитивным. Актуальное значение имеет информация о причинах возникших трудностях в усвоении школьной программы, возможностях дифференцированного подхода к проблемам обучения по различным предметам.

#### **ПРОБЛЕМА ОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКАМИ СВОЕГО ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ**

*Порфирова Надежда Владимировна – магистр 2 курса, место работы: институт детства РГПУ им. А.И. Герцена. Россия, Санкт-Петербург.*

Доклад посвящен проблеме осмысления человеком своего отношения к жизни. В докладе представлен опыт исследования отношения к жизни школьников подросткового возраста нормативного хода развития и подростков с ОВЗ. Показаны трудности осмысления своего отношения к жизни у детей с ОВЗ, выраженность пассивной жизненной позиции, ограниченность жизненных ориентаций. Будут обсуждаться направления и содержание работы с подростками по формированию позитивного отношения к жизни.

#### **РАБОТА ПСИХОЛОГА ПО РАЗВИТИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ**

**Бороздина Татьяна Юрьевна** – педагог-психолог, место работы: ГБОУ СОШ № 167 Центрального района г. Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

Доклад представляет опыт работы школьного психолога по развитию эмоционального интеллекта подростков. Будет раскрыта значимость работы по развитию эмоционального интеллекта школьников в свете ФГОС ООО, представлены результаты диагностической работы с подростками, выделены мишени психологического вмешательства в период подросткового возраста. Основное внимание в выступлении будет уделено демонстрации практического опыта, накопленного в условиях школьной практики.

#### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В КЛАССНОМ КОЛЛЕКТИВЕ: ОЦЕНКА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ**

**Гасникова Татьяна Олеговна** – педагог-психолог, место работы: ГБОУ СОШ № 347 Центрального района г. Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен опыт работы школьного психолога по коррекции психологического климата ученического коллектива. Будет раскрыта значимость работы по развитию внутриколлективных отношений в свете ФГОС. Представлены результаты диагностической работы в классных коллективах, выделены мишени психологического вмешательства. Основное внимание в выступлении будет уделено описанию практического опыта, накопленного в условиях школьной практики.

#### **НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРИЕМЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ИНВАЛИДАМИ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС**

**Долганова Светлана Руфиновна** – педагог-психолог ГБУ ДО ЦППС Кировского района Санкт-Петербурга. Россия.

В докладе рассматриваются вопросы нарушения социализации детей инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей. Уделено внимание методам развития и коррекции нарушений привязанности, нестабильной самооценки и защитной агрессивной реакции. Рассматриваются вопросы нарушения поведения и диагностики результативности работы по программе.

#### **ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ СРЕДИ ПЕДАГОГОВ.**

**Самойлюк Ольга Владимировна** – школьный психолог. Место работы: ГБОУ СОШ № 555 «Белогорье» Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются причины развития симптомов профессиональной деформации в современном образовании. Будут представлены результаты диагностики эмоционального выгорания педагогов общеобразовательной школы по методике В.Бойко, а также возможные методы профилактики и коррекции в условиях работы школьной службы здоровья.

#### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, ИМЕЮЩИМ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ.**

**Соловьева Галина Вадимовна** – специалист по социальной работе 3 психоневрологического диспансерного наблюдения, центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен актуальной проблеме оказания помощи детям, находящимся на наблюдении в ПНДО ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина», совместно со специалистами других ведомств. Дана классификация видов девиантного поведения. Рассмотрена универсальность распространения поведенческих девиаций для психически благополучных и для психически неблагополучных несовершеннолетних, в контексте определения специалистов по оказанию помощи.

#### **ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ В КОНТЕКСТЕ ФГОС С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

**Цветков Валерий Викторович** – педагог-психолог ГБУ ДО ЦППМСП Выборгского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен инновационный подход к построению коррекционно-развивающей работы с учащимися младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ). Дается характеристика синдрома и его проявлений, описывается конкретный опыт использования нетрадиционных техник, в том числе театрализации, в работе с такими детьми. Представлены рекомендации педагогам, работающими с такими детьми в условиях новых ФГОС.

#### **ПЕСОЧНЫЙ ДИАЛОГ КАК АРТ-ТЕХНОЛОГИЯ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Шендрикова Екатерина Александровна** – педагог раннего развития детей детского центра «Беби-клуб» Московского района г. Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен опыт работы педагога по гармонизации детско-родительских отношений средствами арт-технологий. Описана авторская технология совместного рисования детей 3-х лет с родителями на световых столах.



Основное внимание в выступлении будет уделено результатам формирующей программы «Рисуем вместе» по коррекции детско-родительских отношений.

15.45 – 17.00

#### **ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ К ОБУЧЕНИЮ В ОСНОВНОЙ ШКОЛЕ**

**Саркисян Лариса Эдуардовна** – педагог-психолог ГБОУ лицей № 64. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается проблема перехода учащихся начальных классов в основную школу. В числе основных затруднений пятиклассников, значимо влияющих на успешность учебной деятельности, названы недостатки в развитии познавательных способностей и свойств субъекта учебной деятельности у выпускников начальной школы, акцентируется внимание на необходимости развития у младших школьников различных компонентов психологической готовности к обучению в основной школе.

#### **КОНСУЛЬТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ УЧАЩИМСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

**Пынзарь Галина Георгиевна** – педагог психолог, социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Прометей. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются психологические аспекты консультационной помощи учащимся, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Рассмотрено определение данного феномена, как с точки зрения психологии, так и с точки зрения нормативно-правовых документов. Описаны технологии взаимодействия с учетом сложности психо-эмоционального состояния ребенка.

#### **РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ РЕСУРСОВ ПРЕДМЕТНО-РАЗВИВАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

**Яшина Елена Александровна** – воспитатель ГБДОУ д/с № 131. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается проблема развития познавательно-исследовательской деятельности в рамках использования потенциала предметно-развивающей среды дошкольного учреждения в соответствии с требованиями ФГОС. В основе рассмотрения проблемы взята теория о влиянии экспериментальной деятельности на формирование компонентов познавательной активности и активизации творческой деятельности ребенка дошкольного возраста.

#### **К ПРОБЛЕМЕ ИЗУЧЕНИЯ ВНЕШНЕОРГАНИЗОВАННОЙ МОТИВАЦИИ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Миронова Ольга Вячеславовна** – к.п.н., доцент Санкт-Петербургского государственного архитектурно-строительного университета. Россия, Санкт-Петербург.

**Токарева Александра Владимировна** – к.п.н., преподаватель Санкт-Петербургского государственного архитектурно-строительного университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен теоретический анализ исследовательских работ, направленных на изучение различных группы мотивов физкультурно-спортивной деятельности у студентов. Выделены возможности применения средств внешнеорганизованной мотивации с целью их усиления для обеспечения высокой сознательной активности занимающихся.

#### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОНИМАНИЯ ТЕКСТОВ УЧАЩИМИСЯ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕЛЛЕКТА**

**Швецова Анастасия Андреевна** – студентка 4 курса факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности понимания текстов школьниками с разным уровнем интеллекта, проводится сравнительный анализ когнитивной переработки информации, изучается восприятие изображений с применением метода айтрекинга. Обсуждаются способности школьников выделять и обобщать смысл текста, последовательно пересказывать прочитанное, выделять всех главных героев, а также анализируется количество и соотношение использованных слов различных частей речи, которыми дети оперируют при пересказе текста. В исследовании приняли участие младшие и старшие школьники с диагнозами: легкая умственная отсталость и смешанные специфические расстройства, а также нормально развивающиеся сверстники.

#### **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕЛЛЕКТА**

**Ермакова Алёна Валериевна** – психолог, член Санкт-Петербургского психологического общества. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности восприятия и понимания текстов и картинок детьми дошкольного и школьного возраста с разным уровнем интеллекта. Представляются результаты изучения влияния зрительных стимулов на осознанность выбора детей.

Проводится сравнительный анализ когнитивной переработки информации, изучается восприятие изображений с применением метода айтрекинга. Обсуждаются особенности восприятия детьми текстов различной степени сложности и с разным форматом визуализации. В исследовании осуществлен сравнительный анализ возрастных различий когнитивной

переработки информации у детей и подростков с диагнозами «F70 – легкая умственная отсталость» и F83 – смешанные специфические расстройства развития» (по МКБ-10).

#### **ВОСПРИЯТИЕ РЕКЛАМНЫХ ОБРАЗОВ ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ИХ РОДИТЕЛЯМИ**

**Зуева Вероника Сергеевна** – студентка 4 курса факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности визуального восприятия рекламных образов сказочных персонажей детьми старшего дошкольного возраста. Выявляется соотношение экспертного мнения родителей об аттрактивной части упаковки и данных eye-tracker обследования детей. Рассматривается зависимость сформированности модели психического, функциональной сенсомоторной асимметрии от осознанности выбора продуктов питания детьми старшего дошкольного возраста.

#### **ОСОБЕННОСТИ ПОНИМАНИЯ ПЕРВОКЛАССНИКАМИ ТЕКСТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАТАМИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ**

**Королёва Екатерина Евгеньевна** – студентка 4 курса факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности восприятия и понимания первоклассниками текстов с различным форматом визуализации. Выявляется связь между форматом текста для чтения с контурными иллюстрациями и в виде колонки, а также качеством его понимания детьми. Рассматривается гипотеза о связи остроты зрения первоклассников с особенностями понимания текстов.

#### **ВЫБОР СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ В ПРОЦЕССЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕВУШЕК-КУРСАНТОВ НА ПРИМЕРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АКАДЕМИИ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА**

**Дементьев Константин Николаевич** – к.п.н., профессор, подполковник юстиции, заведующий кафедрой физической и специальной подготовки Санкт-Петербургской академии Следственного комитета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается проблема социализации девушек-курсантов. Приведены результаты исследования выбора стратегии поведения в конфликтной ситуации в процессе социализации в сфере учебной деятельности, отличительных особенностей, связанных с деятельностью специалистов различных подразделений службы юстиции.

#### **ПУТИ ХУДОЖЕСТВЕННО-ЭСТЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС**

**Кудрявцева Инна Викторовна** – воспитатель ГБДОУ д/с № 131. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается проблема организации художественно-эстетического развития детей дошкольного возраста с учетом требований ФГОС ДО. Представлены активные формы и методы организации художественно-эстетического образовательного процесса, ориентированные на принцип интеграции искусств и различных видов творческой деятельности детей.

#### **ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ УЧЕБНИКОВ НА УРОКАХ ИСТОРИИ В СТАРШИХ КЛАССАХ**

**Кузьмина Анна Константиновна** – учитель истории и обществознания ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются педагогические аспекты проблемы использования учебников различных авторов на уроках истории. Подчеркивается значимость создания единых учебников истории для эффективной подготовки учащихся старших классов к сдаче ЕГЭ в соответствии с требованиями ФГОС на основе единой концепции.

#### **РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ ИНТЕГРИРОВАНИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНЫХ ПРЕДМЕТОВ**

**Мосинзова Нина Константиновна** – учитель начальных классов ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

**Плешкова Екатерина Евгеньевна** – учитель начальных классов ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлены результаты эксперимента по реализации модели возможной интеграции учебных предметов на содержательной основе в рамках поиска новых форм организации межпредметных связей с целью повышения познавательной активности младших школьников.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ**

**Покровская Екатерина Борисовна** – учитель английского языка ГБОУ № 411 «Гармония». Россия, Санкт-Петербург.

**Липская Людмила Владимировна** – учитель английского языка ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются активные методы обучения английскому языку младших школьников. К ним можно отнести элементы интенсивного обучения, игровой деятельности, деловые игры, методы развития творческой активности

#### **РОЛЬ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ В ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ ДОШКОЛЬНИКА**

**Савельева Юлия Константиновна** – воспитатель ГБДОУ д/с № 103. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются проблемы речевого развития детей дошкольного возраста, формирования у них навыков положительного взаимодействия с окружающими людьми как залога их дальнейшего благополучия. Рассмотрены теоретические аспекты диалектического единства речевого поведения и речевой деятельности дошкольника.

**Секционное заседание:  
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ  
Аудитория № 3, 10.30-12.45**

**Председатели:** *Старостин О.А., Деникина И.В.*

**Цель секции:** познакомить участников Конгресса с различными направлениями современной песочной терапии и интегративными тенденциями в них.

**СИСТЕМНАЯ ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ**

**Сакович Наталья Александровна** – *практический психолог, старший преподаватель ГУО «Республиканский институт высшей школы», тренер-консультант «SOS-детская деревня» (Беларусь), тренер-консультант Международной школы психологии (Украина, г. Киев). Беларусь, Минск.*

В докладе представлен авторский метод песочной терапии – «системная песочная терапия». Дано определение метода, представлены его возможности, а также показания и противопоказания для его применения в практике психолога и психотерапевта.

**КИНОТЕРАПИЯ И ПОДВИЖНЫЙ (КИНЕТИЧЕСКИЙ) ПЕСОК. МЕТОДИКА СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Кульгина Юлия Геннадьевна** – *психотерапевт Санкт-Петербургского психологического общества, специалист по кинотерапии, специалист по работе с психотравмой, специалист по песочной терапии, учредитель и член Совета Ассоциации песочной терапии, руководитель секции «Кинотерапия и кинетический песок» Ассоциации песочной терапии. Россия, Санкт-Петербург.*

В докладе представлена авторская методика совместного применения кинотерапии и подвижного (кинетического) песка в групповой психотерапии. Дается обоснование актуальности метода, описываются основные принципы кинотерапии, психодинамические свойства кинетического песка и особенности их применения в психокоррекционной работе. Рассматриваются сферы применения методики и практические результаты.

**ИНТЕГРАЛЬНАЯ ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ. ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

**Старостин Олег Альбертович** – *к.м.н., врач-психотерапевт, руководитель секции «Интегральная песочная терапия» РПА, президент Ассоциации песочной терапии. Россия, Санкт-Петербург.*

В докладе рассматриваются современные тенденции развития психологического консультирования и психотерапии с использованием песка, его производных (пластично-подвижного, цветного), а также других сыпучих субстанций. Рассказывается об истории отечественной песочной терапии, вкладе отечественных специалистов в её развитие. Обсуждаются интегративные процессы в современной песочной терапии и перспективы её развития.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «СУПЕРВИЗИЯ В ПЕСОЧНИЦЕ»**

**Деникина Инна Васильевна** – *психолог-психоаналитик, действительный член ППП, аккредитованный супервизор ППП, специалист в области песочной терапии. Россия, Санкт – Петербург.*

В докладе рассматриваются вопросы, связанные с проведением супервизии, и представлен оригинальный метод "Супервизия в песочнице", который предлагает "рассмотреть", увидеть "заново", воспринять и осознать клиент-терапевтический процесс, клинические тупики и ошибочные решения. Главное достоинство данного метода – наглядность, открытость и возможность развить свою терапевтическую позицию.

**ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С АКТУАЛЬНЫМИ СЕМЕЙНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ**

**Забалуев Артем Анатольевич** – *семейный терапевт, песочный терапевт, член Ассоциации песочной терапии, руководитель Представительства Ассоциации песочной терапии в Поволжье. Россия, Санкт-Петербург.*

В докладе рассматривается вопрос о нарушенном поведении детей как симптоме семейной дисфункции. Дается представление о размытых границах в семейном пространстве. В докладе говорится об эффективности песочной терапии в работе с такими актуальными семейными проблемами как страхи, энурез, агрессия, неразрешенный Эдипов комплекс и др.

**ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД БИЗНЕС-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Мелешко Наталия Евгеньевна** – *психолог, песочный терапевт, коуч, руководитель секции аналитического коучинга Ассоциации песочной терапии. Россия, Москва.*

В докладе рассматриваются возможности и перспективы песочной терапии как метода бизнес-консультирования. Дается определение понятию «аналитический коучинг». Рассматривается полимодальная методика для краткосрочной индивидуальной системной терапии, самотерапии, коучинга и самокоучинга, направленной на разрешение

внутриличностных конфликтов и формирование позитивной модели будущего посредством восстановления порядка в системе архетипических психосоциальных ролей человека.

### **ЗНАКОМСТВО КЛИЕНТА С ПЕСОЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ В ТЕХНИКЕ «ПЕСОЧНАЯ УСАДЬБА»**

**Горбунова Елена Юрьевна** – магистр психологии, психолог-консультант, член Ассоциации песочной терапии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлена техника работы с клиентом или группой при введении в песочную терапию. Обсуждаются пути, приводящие клиента к песочному терапевту, дается вариативность использования техники «Песочная Усадьба» для родителей с детьми, в женских группах и смешанных. Рассматриваются особенности работы с группами 30+ и 50+.

## **Секционное заседание: ИНТЕГРАТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ Аудитория № 6, 13.30-17.30**

**Председатели:** Катков А.Л., Городнова М.Ю., Богданович В.Н.

### **УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Катков Александр Лазаревич** - д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, вице-президент ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

### **ИНСТИТУТ ЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СООБЩЕСТВЕ**

**Макарова Екатерина Викторовна** – MSc., психоаналитик, руководитель комитета ЦС ОППЛ по личной терапии, сертифицированный личный терапевт ППЛ, аккредитованный супервизор ППЛ, преподаватель ППЛ международного уровня, председатель международной секции Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, председатель Молодежной Секции ППЛ, председатель молодежной секции Всемирного Совета по Психотерапии, со-основатель интернет портала [onlinetherapy24.ru](http://onlinetherapy24.ru), соискатель докторской степени в университете им. Зигмунда Фрейда (Вена, Австрия).

Автор представляет основные элементы подготовки личных терапевтов. Обсуждается этический кодекс личной терапии и критерии допуска в психотерапевтическую профессию. Автор освещает основные направления формирования полимодальной модели личной терапии и института супервизии для личных терапевтов.

### **ЭКСПЕРТНЫЙ ПРОФАЙЛИНГ**

**Арпентьева Мариям Равильевна** – д.пс.н., доцент, профессор, ведущий научный сотрудник кафедры психологии развития и образования Калужского государственного университета им. К.Э. Циолковского. Россия, Калуга.

В докладе рассматривается одно из важных направлений психологического консультирования, тесно связанное с диагностикой состояния и особенностей клиента, а также тенденций его развития – выбором направления помощи – профилирование. Дается определение понятию профилирования (профайлинга). Обсуждаются проблемы соотношения субъективных, экспертных или «экспириентальных» и объективных, статистических и экспериментальных аспектов профилирования.

### **АВТОРСКИЕ МОДЕЛИ СУПЕРВИЗИИ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

**Городнова Марина Юрьевна** – к.м.н., доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются авторские модели супервизии в работе со специалистами психиатрического профиля, обучающимися в системе дополнительного профессионального образования. Дается сравнительная характеристика фокусам и интервенциям, используемых в моделях, построенных в когнитивно-поведенческой и гештальт парадигмах. Раскрывается саногенный потенциал супервизии в коррекции и профилактике синдрома эмоционального выгорания у специалистов.

### **КАРТИНА МИРА И МОДЕЛЬ РЕСУРСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОТЕНЦИАЛА СТРЕССА И ДИСТРЕССА**

**Богданович Виталий Николаевич** – психолог высшей категории, лауреат гранта РАО по изучению измененных состояний сознания (ИСС), мастер и преподаватель системы БЭСТ (ТОТ по Е.И. Зувеву), действительный член Северо-Западного отделения трансперсональной психологии (ЕВРОТАСС), Балтийской педагогической академии, ОППЛ, автор многочисленных тренингов, семинаров, тестов, статей и публикаций.

Картина Мира как сумма представлений о себе, мире и своем месте в нем составляет центральную часть жизни человека. Эту модель человек формирует всей жизнью с раннего детства всем, что у него есть в распоряжении. Большая часть его действий, мыслей и поступков продиктована не объективными обстоятельствами, а субъективной Моделью Мира. Компоненты Картины Мира обладают не только величиной, но и, что самое главное, - вектором развития. Основной функцией мотивации в построении Картины Мира является смыслообразование. Это оценка жизненных обстоятельств, реальных или предполагаемых действий и придание им смысла.

Именно КМ выявляет проблематику, связанную с эффективным проживанием возрастных кризисов, адаптацию и дезадаптацию, механизмы преодоления, актуальность кризисных ситуаций (в сферах осознаваемого и бессознательного). В ней проявлено отношение клиента к семье, дому, социуму, самому себе. КМ всегда индивидуальна, особенно в той части, которая касается целеполагания, смыслообразования, следования родовому сценарию, особенности мотивации волевых импульсов.

### **СТРАХИ И КОМПЛЕКСЫ В ПОЧЕРКЕ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

**Горбунова Елена Николаевна** – детский психоаналитик, психотерапевт, графолог, детский кинезиолог, арт-терапевт, руководитель Лаборатории Письменной речи Московского института психоанализа, руководитель Представительства Института Графоанализа Инессы Гольдберг (Израиль) в Москве. Россия, Москва.

В докладе рассматриваются страхи и комплексы и их диагностика по почерку. Дается типология графологического синдрома. Обсуждаются возможности графотерапии. Рассматриваются принципы графологического анализа для диагностики базовых комплексов человека, необходимость психотерапевтического взаимодействия и ресурсное развитие комплекса.

### **ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СОТРУДНИКОВ ПРИ РАБОТЕ В ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СРЕДЕ**

**Енин Кирилл Александрович** – клинический психолог Нижегородского областного неврологического госпиталя ветеранов воин. Россия, Нижний Новгород.

В тезисах рассматривается необходимость психокоррекции дисфункциональных состояний сотрудников в организациях с иерархическим (бюрократическим) типом организационной культуры. Показаны преимущества социально-психологического тренинга как психокоррекционного метода, раскрыты цели и задачи разработанной программы.

### **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПУТЕМ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

**Золотова Анастасия Николаевна** – к.м.н., врач-психиатр, психотерапевт кабинета социально психологической помощи поликлинического отделения Новороссийского филиала Геленджикского психоневрологического диспансера, клинический психолог Онкологического диспансера №3, главный суицидолог управления здравоохранения г.Новороссийска (Краснодарский край). Россия, Новороссийск.

Доклад посвящен проблематике межведомственной профилактической работы по раннему выявлению суицидальных тенденций у подростков.

### **ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Кабанова Лилия Ивановна** – д.фил.н., профессор кафедры философии Петрозаводского государственного университета. Россия, Петрозаводск.

В докладе предпринимается попытка осмысления значимости и актуальности опоры на феноменолого-экзистенциальную философию в психологической практике. Актуальность темы обусловлена тем, что экзистенциально ориентированная психология и философия является одним из активно развивающихся направлений гуманитарной мысли, находящимся на стыке философии, психологии и психотерапии и в истоке своем исходит из признания первичности бытия человека и значимости его экзистенции.

### **РОЛЬ ПЛЕЙБЕК ТЕАТРА КАК ОДНОЙ ИЗ ТЕХНИК В ФОРМИРОВАНИИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКА**

**Кулганов Владимир Александрович** – д.м.н., профессор Санкт-Петербургского государственного университета, заместитель директора ГБОУ средней образовательной школы № 657 по научно-методической работе. Россия, Санкт-Петербург.

**Митяева Любовь Васильевна** – магистр педагогики, педагог-психолог ГБОУ средней образовательной школы №297 Пушкинского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются возможности использования плейбек театра для коррекции психологических проблем подростков в условиях образовательного пространства школы. Это позволяет в процессе игры создавать различные миры. Происходит построение новых способов видения социальной среды учащегося. Для этого используется символический язык, который может выражать намного больше, чем слова. Таким образом, подростки постигают новый уровень восприятия самих себя, формируя более глубокий образ своего "Я".

### **ПСИХОТЕРАПИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ**

**Нарицын Николай Николаевич** – психотерапевт, психоаналитик, действительный член ОППЛ, Европейской Ассоциации Психотерапии (ЕАР), Европейской Конфедерации психоаналитической психотерапии (ЕКПП), обладатель Всемирного сертификата по психотерапии. Россия, Москва.

Проблема стандартизации и необходимость в ней возникла задолго до сегодняшнего времени; однако сейчас, на пике развития антропогенной среды, встал вопрос о том, насколько функциональны стандартизирующие подходы в сфере, касающейся внутреннего мира человека, в том числе – в психотерапии. Какие вопросы ставит сегодняшняя реальность перед психотерапевтами и клиентами, и насколько готовы те и другие к новым методам обучения и работы?..

## **ПАРУСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ «TERRA LIBERA»**

**Мельников Александр Валерьевич** – врач-психиатр, обладатель Европейского сертификата психотерапевта, семейный системный психотерапевт, директор «Школы достижения Мечты», автор концепции «Парусная психотерапия», частнопрактикующий консультант, яхтенный капитан, путешественник. Россия, Санкт-Петербург — Ижевск.

В докладе рассматриваются психотерапевтическая среда и психотерапевтические отношения, которые организуются в формате «семинар-экспедиция».

Автор делится более чем десятилетним опытом создания игровых терапевтических контекстов в живой природе, в условиях путешествия и жизни в походных условиях. В том числе в условиях парусных походов на катамаране «Terra Libera».

Рассматриваются феномены, проявляющиеся в «экстремальной» для городского жителя ситуации, которые позволяют клиенту, при постановке соответствующих задач, быстро достичь состояния «гиперпластики» и длительных стойких изменений в жизни.

Раскрываются экзистенциальные аспекты «парусной психотерапии» (через мономиф Кемпбелла «Путешествие героя» и авторскую концепцию «Жизнь в Мечте»).

## **ЭМОЦИИ И ПСИХОТЕРАПИЯ**

**Козловская Лариса Ивановна** – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И. И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается взгляд на эмоции с точки зрения гештальт-подхода. Обсуждаются вероятные причины и следствия подавления человеком своих эмоций. Обосновывается важность осознания и проживания эмоций и чувств как необходимое условие формирования личностно зрелого человека.

## **ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Фархутдинова Луиза Валеевна** – д.м.н., профессор кафедры специальной педагогики и психологии Башкирского государственного педагогического университета. Россия, респ. Башкирия, Уфа.

**Кусильдина Фатима Махмутяновна** – заведующая ГБОУ № 6 г.Уфы. Россия, респ. Башкирия, Уфа.

В докладе обсуждаются вопросы анализа проблем в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, возможности синтеза разных систем психотерапии при работе такими семьями, эффективности раннего психотерапевтического вмешательства с использованием интегративной психотерапии.

## **ЖИТЕЙСКИЕ ИСТОРИИ: СМЫСЛЫ И ЦЕННОСТИ**

**Лой Ольга Алексеевна** – ведущий психотерапевт Удмуртской Республики, обладатель Европейского сертификата психотерапевта, семейный системный психотерапевт, частнопрактикующий консультант, яхтенный капитан, путешественник. Россия, Ижевск.

В докладе будет показана ценность житейских, бытовых историй в установлении терапевтического контакта (раппорта), постановке диагноза, нахождении ресурсных состояний клиента и способов решения проблем, с которыми клиент обратился.

Автор расскажет о способах извлечения экзистенциальных смыслов и ценностей из бытовых повседневных историй, которым клиенты не придают значения.

Будет рассмотрен авторский подход «возгонки» смыслов историй «от быта до Бытийности», результатом чего становится выход клиента на новый уровень осознания, с которого он в состоянии решать текущие и будущие задачи с помощью уже имеющихся у него стратегий.

## **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОЛГОСРОЧНОЙ ТРЕНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ**

**Шаптилей Мария Анатольевна** – научный сотрудник ООО «Экзиклуб», Центра научного исследования здоровья. Россия, Санкт-Петербург

**Кривошапова Мария Николаевна** – к.б.н., научный сотрудник ООО «Экзиклуб», Центра научного исследования здоровья. Россия, Санкт-Петербург

В докладе представлены результаты лонгитюдного психофизиологического исследования. Обследуемые являлись участниками долгосрочной программы (минимум 9 месяцев), направленной на повышение эмоциональной осознанности, снижение психоэмоционального напряжения, повышение стрессоустойчивости, решение индивидуальных запросов. Анализ полученных данных позволил выделить 4 нейрофизиологических маркера в оценке эффективности данной программы и коррелирующих с рядом психологических показателей. Обсуждается их информационная значимость в сфере психофизиологической диагностики и доказательных исследований.

## **ФИКСИРОВАННЫЕ (ИЗБЫТОЧНО УСТОЙЧИВЫЕ) ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСУПЕРВИЗИИ**

**Залевский Генрих Владиславович** – д.пс.н., профессор, заслуженный деятель наук РФ, член-корр. ГА РАО, профессор Института гуманитарных наук Балтийского федерального университета им. И.Канта и Национального исследовательского Томского университета. Россия, Калининград-Томск.

В докладе рассматривается проблема психологической помощи с позиции теории избыточно устойчивых форм поведения, в основании которой положена биопсихосоциоэтическая модель психического расстройства, и возможности интеграции психотерапии и супервизии.

## **НОВАЯ ОБРАЗНАЯ ЧЕТЫРЁХЧАСТНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИКИ ИЛИ ТРИ ОШИБКИ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА**

**Табидзе Александр Александрович** – д.физ.-мат.н., профессор, член-корреспондент РАЕН, директор Научного Центра «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ, эксперт международного реестра специалистов по психическому здоровью. Россия, Москва.

В докладе проводится сопоставление образной двухчастной модели психики Зигмунда Фрейда, состоящей из лошади (бессознательное) и наездника (сознание) и авторской четырёхчастной модели в виде (автомобиль+кентавр+дух) (бессознательное) и кучер (сознание). Обращается внимание на три ошибки модели Зигмунда Фрейда.

Первая ошибка – отсутствие физиологического содержания бессознательного. В нашей модели физиологическое (телесное) содержание бессознательного представлено в образе корпуса автомобиля и считается, что носителем бессознательного является АВТОНОМНАЯ вегетативная нервная система.

Вторая ошибка – наличие только одного бессознательного (лошади). В нашей модели два бессознательных (кентавр и дух), являющихся следствием действия двух базовых инстинктов человека – инстинкта сохранения индивида (ИСИ) и инстинкта сохранения вида (ИСВ).

Третья ошибка – основа травм человека – онтогенез (влияние социума в пре- и перинатальный период и период раннего детства). В нашей модели – основа травм человека – филогенез (наследственная предрасположенность к травмированию). Обсуждается различие двух психотерапевтических категорий – морали и нравственности (духовности). Предлагается оценивать мораль как аспект ментального (интеллектуального, сознания), а нравственность (духовность) как аспект психического (эмоционального, ВТОРОГО бессознательного).

Подчёркивается, что предлагаемая модель соответствует современному био-психо-социо-духовному подходу в психотерапии.

## **КУЛЬТУРА ГРУППОВОЙ САМООРГАНИЗАЦИИ КАК РЕСУРС ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ И ГРУПП**

**Раймова Елена Григорьевна** – к.пс.н., доцент, директор Института профессиональных инноваций, действительный член и преподаватель межрегионального уровня ОППЛ, член-корреспондент Российской академии естественных наук. Россия, Москва.

В центре внимания данного доклада находятся вопросы взаимосвязи психологической безопасности социума и групповой самоорганизации, а также практические возможности социального стратегирования в плане обеспечения безопасности личности, социума и государства.

## **РАЗВИТИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОСРЕДСТВОМ АКТЕРСКОГО ТРЕНИНГА**

**Шульга Людмила Витальевна** – театральный режиссер-педагог; аспирант кафедры актерского искусства Российского государственного института сценических искусств, магистр педагогической психологии специализации «Психологическое консультирование в образовании». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются возможности развития способности личности к саморегуляции с применением актерских техник. Дается описание методов саморегуляции, применяемых в воспитании актера. Рассматривается формирование рефлексивного поведения при комплексной тренировке механизмов саморегуляции с помощью упражнений актерского тренинга.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ С КРОСС-КУЛЬТУРНЫМИ СЕМЬЯМИ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

**Камалова София Цихиловна** – психолог, переводчик, литератор, Ученый секретарь Центрального Совета и действительный член ОППЛ, Исполнительный редактор Профессиональной психотерапевтической газеты, заместитель главного редактора сетевого научно-практического издания «Антология Российской психотерапии и психологии», член Американского общества исследования социальных проблем (SPSSI), член Союза литераторов России. Россия, Москва.

Проблемы исследования и работы с кросс-культурными семьями, – члены которых имеют различную расовую, этническую, национальную или религиозную принадлежность, – приобретают все большую актуальность для современной психотерапии и психологического консультирования. В большинстве западных стран число межкультурных браков неуклонно растет с 60х годов XX века, достигая 15% от общего количества. В России 12% пар являются этнически разнородными.

**Секционное заседание:  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ  
Аудитория № 3, 13.45-17.30**

**Председатели: Блох М.Е., Шишков В.В., Назарова Н.Р.**

**К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

**Арпентьева Мариям Равильевна** – д.пс.н., доцент, профессор, ведущий научный сотрудник кафедры психологии развития и образования Калужского государственного университета им. К.Э. Циолковского. Россия, Калуга.

В докладе рассматривается одно из важных направлений психологического консультирования – клиническое консультирование. Раскрывается сущность и задачи клинического консультирования, особенности его подхода к пониманию и помощи человеку. Рассматриваются различные проблемы клинико-психологического консультирования в его содержательном и организационном аспектах.

**СЕМЕЙНЫЕ ФОТОГРАФИИ КАК СРЕДСТВО РАСШИРЕНИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО РЕСУРСА ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНОГО КОПИНГА**

**Кокоренко Виктория Леонидовна** – к.пс.н., доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен опыт работы с семьями с особым ребенком в рамках фотопроекта. Фотосессия рассматривается как событие, значимое для субъектов изменение в окружающей действительности, поведении и внутреннем мире. Обсуждаются возможности использования семейных фотографий в контексте семейного копинга – осмысления «согласованного образа «Мы», присутщего функциональным семьям.

**ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК МАРКЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ АНТИСПИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Насырова Регина Фаритовна** – д.м.н., руководитель отделения, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Россия, Санкт-Петербург.

**ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Крайнюков Сергей Владимирович** – к.пс.н., старший преподаватель Санкт-петербургского государственного института психологии и социальной работы. Россия, Санкт-Петербург.

Психосемантика – относительно молодая область психологической науки, сложившаяся в начале 1970-х годов (Артемьева Е.Ю., 2007; Петренко В.Ф., 2005; Серкин В.П., 2004; Шмелёв А.Г., 1983). Она реализует субъектный подход к пониманию другого человека, в основе которого лежит стремление увидеть мир его глазами.

**КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Кудряшова Вера Юрьевна** – медицинский психолог отделения №1 биологической терапии психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Россия, Санкт-Петербург.

**Сарайкин Дмитрий Михайлович** – младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Россия, Санкт-Петербург.

**Иванов Михаил Владимирович** – д.м.н., профессор, руководитель отделения №1 биологической терапии психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности копинг-стратегий и саморегуляции поведения у больных эндогенными психическими расстройствами, их взаимосвязи и возможности практического применения полученных результатов.

**СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ**

**Романов Дмитрий Валентинович** – к.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, доцент Самарского государственного медицинского университета, главный психотерапевт Министерства здравоохранения Самарской области. Россия, Самара.

В докладе рассматриваются основные психодинамические и когнитивно-поведенческие концепции психотерапии пограничного расстройства личности. Предлагается модель интегративной психотерапии расстройства, направленной на обучение самопониманию и самоконтролю через идентификация аффектов и отношений. Модель включает следующие звенья: 1) работу по поддержанию и укреплению рабочего альянса и профилактики прерывания терапии; 2) выявление дихотомического и парадоксального мышления и преодоление когнитивных ошибок; 3) обучение идентификации аффекта, совладанию с аффектом, сдерживанию абреакций; 4) внимание к системе регуляции самооценки пациента и дозированная нарциссическая поддержка; 5) нацеленность на исследование отношений и их динамики.



## **ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ**

**Назарова Наталия Рафаэлевна** – к.п.с.н., доцент кафедры психологии и педагогики Санкт-Петербургского института культуры; медицинский психолог, арт-терапевт МРО СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №5»; член совета РОО «Арт-терапевтическая ассоциация». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается практический опыт применения арт-терапии в психиатрии. Дается определение понятию арт-терапия. Рассматриваются различные организационные и содержательные аспекты арт-терапевтической практики в психиатрии. Обсуждаются особенности применения арт-терапии как терапии занятостью и как психотерапии.

## **ТРИ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОМОТОРИКИ ЧЕЛОВЕКА**

**Оганесян Наталия Юрьевна** – к.п.с.н., сотрудник ГПБ №6 (стационар с диспансером), ГПБ №7 (Клиника неврозов им. Академика Павлова). Санкт-Петербург Россия.

В докладе рассматриваются психологическая, неврологическая и психотерапевтическая составляющие танцевально-двигательной психотерапии. Дается определение понятию психомоторики как основополагающей составляющей метода. Раскрываются методики исследования моторики, такие как «Анализ телесного компонента интеллекта», «Телесный анализ» и др. Приводятся видео-примеры телесного анализа танцевальных импровизаций пациентов стационара.

## **СТРУКТУРНЫЕ, СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЦЕПТИВНО-ДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Спирidonov Ярослав Вячеславович** – к.п.с.н., доцент кафедры общей психологии Башкирского государственного университета, аналитический терапевт, Россия, Уфа.

В докладе предлагается авторская перцептивно-динамическая модель психотерапии. Раскрываются содержательные и функциональные аспекты формирования психических и психопатологических феноменов с позиции предложенной модели. Дается определение понятиям перцептивный модус, перцептивное поле, внутренний объект, перцептивная инфекция и перцептивная матрица. Рассматриваются психотерапевтические интервенции, применительно к каждому уровню функционирования психического аппарата рассматриваемого в рамках предлагаемой модели.

## **АКЦЕНТУАЦИЯ ЛИЧНОСТИ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА И МИШЕНИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ АДАПТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ ВУЗА)**

**Тюряпина Ирина Владимировна** – к.п.с.н., медицинский психолог, сотрудник Научно-практического центра психотерапии ИМЧ РАН, заведующая аспирантурой ИМЧ РАН. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе описаны результаты практического опыта психологической коррекции нарушений адаптации личностей с акцентуациями. Учет устойчивых личностных черт студентов-участников позволяет найти индивидуальный подход для каждого типа акцентуации в групповой и индивидуальной психологической работе. Описаны особенности психологического контакта и психокоррекционные мишени, на основе преобладающих у каждой акцентуации эмоциональных и когнитивных паттернов, и связанных с ними неадаптивных моделей поведения.

## **МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ**

**Проценко Светлана Александровна** – руководитель психологической службы СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер».

**Бубнова Ирина Викторовна** – медицинский психолог отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Психологическая помощь больным с онкологическими заболеваниями является актуальной и социально значимой проблемой, при этом ее актуальность возрастает на всех этапах лечения.

После операций, особенно с полным удалением пострадавших от опухолевого процесса органов, пациенты боятся столкнуться с реальностью — с зеркалом, супругом, знакомыми. Между тем, когнитивная психотерапия помогает пациентам значительно снизить остроту депрессивных и тревожных состояний, свойственных людям болеющих жизнеугрожающими заболеваниями.

Уникальность разработанной программы заключается в ее четкой алгоритмизации, отсутствии сложных техник психологической (психотерапевтической) интервенции, что обеспечивает воспроизводимость программы в учреждениях практического здравоохранения при наличии в штате врача-психотерапевта или клинического психолога, владеющего навыками когнитивно-поведенческой терапии. Краткосрочность данного метода является несомненным достоинством для онкологических пациентов, находящихся в зоне биологического риска, высокого уровня неопределенности. Сам по себе этот метод прост и доступен для пациента.

## **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

**Лысенко Ирина Сергеевна** – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

**Ляшковская Светлана Владимировна** – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Подводя промежуточные итоги и оценивая эффективность психолого-психотерапевтической работы, можно заключить, что результатом проведения программы медико-психологической реабилитации, включавшей курс краткосрочной индивидуальной и групповой когнитивной психотерапии, адаптированной для больных с первично диагностированными злокачественными новообразованиями, стало значительное улучшение их актуального психического состояния, способности преодолевать стресс и качества эмоционального функционирования.

#### **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ**

**Касмынина Анна Васильевна** – медицинский психолог Смоленского областного наркологического диспансера. Россия, Смоленск.

В докладе рассматривается подход к профилактическим мероприятиям злоупотребления психоактивных веществ и алкоголя среди населения.

В последние годы правительством Российской Федерации предприняты серьезные организационные и профилактические мероприятия, направленные на противодействие потреблению наркотических средств среди населения, прежде всего, среди молодежи. Несмотря на достигнутые результаты, негативные тенденции наркотизации и алкоголизации населения сохранились.

Проблема данного вопроса заключается в отсутствии комплексного подхода профилактики возникновения зависимостей. Автор полагает, что подходя к профилактическим мероприятиям через био-психо-социо-духовную модель, охватывая все сферы жизни личности, можно добиться успешности в предотвращении формирования зависимостей среди населения. К информационно-лекционным мероприятиям необходимо проводить раннюю диагностику аддиктивных установок и склонности к зависимому поведению среди молодежи.

#### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПАВ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ**

**Ангел Милада Сергеевна** – аспирант Российской государственной педагогической университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург, Россия), медицинский психолог подросткового наркологического отделения Вологодского областного наркологического диспансера № 2 (Череповец, Россия).

В докладе рассматриваются современные подходы к первичной профилактике употребления психоактивных веществ в подростковой среде. Обсуждаются сходство и различия с предыдущими моделями профилактики. Дается обоснование необходимости создания единой общероссийской модели профилактики, созданной на основании последних исследований динамики личностных особенностей современных подростков.

#### **ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ГРУППАХ АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ ПО ПРОГРАММЕ 12 ШАГОВ**

**Терехин Владимир Александрович** – действительный член ОППЛ. Россия, Екатеринбург.

В докладе обсуждается процесс преодоления алкогольной зависимости на собраниях групп Анонимных Алкоголиков (АА), который можно рассматривать как процесс психотерапии. Представлены различные аспекты работы участников групп АА на пути обретения устойчивой трезвости.

#### **МЕСТО ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Шишков Валерий Витальевич** – к.м.н., доцент кафедры Психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, врач-психотерапевт высшей категории, член Российского общества психиатров. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе поднимается вопрос о приоритетной роли гипносуггестивной психотерапии и методов психической саморегуляции в лечении психосоматических расстройств. Показаны преимущества метода: возможность симптом-центрированного воздействия, что отвечает запросу пациента и его родителей; возможность поднять порог устойчивости пациента к стрессу, сделать его внутренне спокойным, невосприимчивым к целому ряду неблагоприятных психогенных факторов, добившись дезактуализации стрессогений; сочетаемость с рациональной и поведенческой терапией. Предлагается развернутое построение сеансов, центрированных как на функцию органа или системы, так и на пациента. Рассматривается вопрос о гипнотерапии в группе, даются основные принципы комплектования групп.

#### **ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА**

**Хяникяйнен Игорь Викторович** – к.м.н., ассистент кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Петрозаводского государственного университета.

В докладе рассматриваются вопросы оптимизации лечения пациентов с дебютом хронической ишемии мозга силами полипрофессиональной бригады специалистов. Помимо фармакокоррекции гемодинамических нарушений, обсуждается целесообразность психотерапевтической помощи данной когорте больных по лично разработанному алгоритму, детерминированному психосоматическим контуром патогенеза хронической ишемии мозга (стрессоры – личностные особенности – психо-вегетативные нарушения).

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ**

*Усманова Екатерина Бахромовна* - соискатель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается взаимосвязь психологических характеристик с основными параметрами связанного со здоровьем качества жизни 120 пациентов с опухолевым поражением костей. Результаты исследования показали, что личностные, поведенческие и ценностно-смысловые характеристики различаются при разных нозологических формах опухолевого поражения костей и по-разному взаимосвязаны с основными параметрами качества жизни больных. Наиболее неадаптивные психологические характеристики и низкие показатели качества жизни отмечаются в группе больных с метастатическим поражением костей.

## **ГРУППОВАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ГРАНИЦЫ ВОЗМОЖНОГО**

*Коновалов Павел Николаевич* – руководитель Пушкинской психологической консультации, клинический психолог. Россия, Санкт-Петербург.

В доклад рассматривается проблема психотерапии у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Обсуждаются возможности и границы групповой реконструктивной психотерапии у данной категории больных. Ставится вопрос о разрешении с помощью данного вида терапии межличностных и внутриличностных конфликтов, как реальной возможности повышения качества жизни онкобольных. Обсуждается, реализуемая на базе волонтерской организации «Онкозащита» среди больных, страдающих онкологическими заболеваниями и их родственников, программа исследования.

## **НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ МЕТОДА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В НИИ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА**

*Вагайцева Маргарита Валерьевна* – медицинский психолог, научный сотрудник ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова», Министерства здравоохранения РФ, ГКУЗ «Хоспис №1». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются промежуточные результаты апробации метода, разработанного в ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, основанного на принципах когнитивно-поведенческого подхода, открытую Минздрав России в 2016 году. Одним из участников апробации является ФГБУ «НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова».

## **ЭЛЕКТИВНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОТИВОВ**

*Заманавва Юлия Владимировна* – к.п.с.н., клинический психолог, психолог Родильного дома №17. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлены результаты анализа клинических случаев elective кесарева сечения - требования пациентки родоразрешать ее путем кесарева сечения без медицинских показаний. Описаны 4 группы пациенток в зависимости от мотива такого требования, анализируются специфические для каждой группы особенности материнской сферы, конкретные проявления их в поведении. Обсуждаются цели и возможности психологической работы.

## **ПОТЕРЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИЛИ УТРАТА РЕБЕНКА – ВЗГЛЯД С РАЗНЫХ СТОРОН**

*Блох Мария Евгеньевна* – к.м.н., психотерапевт НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, доцент кафедры психотерапии ВЕИП, кафедры клинической психологии ИСПИП им. Валленберга, действительный член ППП, Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности психотерапевтического вмешательства при перинатальных утратах, значимость позиции женщины, окружающих ее поддерживающих фигур, медицинского персонала и самого психотерапевта на формирование рабочего альянса, динамику и эффективность психотерапии.

## **ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ С УЧАСТИЕМ ДОУЛ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СРЕДСТВ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ. ОПЫТ АВСТРИЙСКИХ КОЛЛЕГ**

*Боязитова Татьяна Данииловна* – старший преподаватель кафедры общей, возрастной и дифференциальной психологии Восточно-Европейского Института Психоанализа, психолог родильного дома №9. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе предлагается знакомство с системой родовспоможения в Австрии; сравнительный анализ с российской системой. Краткий обзор спектра немедикаментозных методов обезболивания родов. Место доулы в государственных больницах на родильных отделениях. Участие доул в родах – опыт Санкт-Петербурга (на примере роддомов №№9 и 10).

## **НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

*Суворова Регина Альбертовна* – клинический психолог, научный сотрудник, заведующий лабораторией клинической психологии и психофизиологической коррекции ФГБУ ВЦГПХ Минздрава России. Россия, Уфа.

*Кулешова Светлана Леонидовна* – клинический психолог, младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психофизиологической коррекции ФГБУ ВЦГПХ Минздрава России. Россия, Уфа.

В докладе описываются направления работы психологической службы в офтальмологическом стационаре. Подходы, методы, приемы работы психолога с офтальмологическими пациентами, а также способы предоперационной подготовки и

послеоперационной реабилитации незрячих и слабовидящих. Приводятся результаты психокоррекционных мероприятий и их значение в восстановлении утраченных функций и в социальной реабилитации больных с глубокими нарушениями зрения.

#### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Ситкина Евгения Владимировна** - ассистент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, медицинский психолог клиники челюстно-лицевой хирургии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются прогностические критерии приверженности стоматологическому лечению. Дается определение понятиям комплаенс и нон-комплаенс. Дается описание личностных особенностей пациентов приверженных и не приверженных лечению.

### **Секционное заседание: КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ Аудитория № 4, 10.30-12.15**

**Председатель: Ковпак А.И.**

#### **ФОРМАТ ИНТЕГРАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Мельникова Алла Александровна** - доктор культурологии, доцент, профессор кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского Гуманитарного университета профсоюзов. Россия, Санкт-Петербург

В докладе рассматриваются интегративные тенденции в психологии, обсуждается актуальность данных тенденций для психотерапии. Высказывается и обосновывается осмысление КПТ как базы для интеграции терапевтических практик. Рассматриваются стратегические направления работы с клиентом в КПТ и предлагается интеграционная модель, дополняющая эти направления.

#### **СОВРЕМЕННАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ ПТСР У ВЗРОСЛЫХ: ИНТЕГРАЦИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ПОДХОДА И ЭЛЕМЕНТОВ ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ**

**Каменюкин Андрей Геннадьевич** – врач-психотерапевт, врач-психиатр, генеральный директор Клиники лечения депрессий и фобий, Центра когнитивно-поведенческой психотерапии и консультирования, заместитель Председателя Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, прошел обучение в Институте когнитивно-поведенческой психотерапии Аарона Бека (основоположника когнитивно-поведенческой психотерапии), автор ряда книг и научных статей, соавтор программы повышения стрессоустойчивости, внедренной и используемой при подготовке и реабилитации специалистов МЧС России.

#### **ВОЗМОЖНОСТИ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ» КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ СОЦИАЛЬНЫМИ СИРОТАМИ**

**Размахова Ольга Леонидовна** – аспирант Института Специальной Педагогике и Психологии им. Рауля Валленберга, руководитель направления социальных и просветительских проектов Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, руководитель Центра психологии и развития "Равновесие". Россия, Санкт-Петербург.

В докладе анализируются возможности когнитивно-поведенческого направления психотерапии в работе с социальными сиротами подросткового возраста. Рассматриваются результаты исследования эффективности методов «третьей волны» когнитивно-поведенческой психотерапии.

#### **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ EMDR-ТЕРАПИИ**

**Глазкова Юлия Владимировна** – системный терапевт, сертифицированный EMDR-терапевт, учредитель ассоциации EMDR Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается модель адаптивной переработки информации человека. Дается определение понятию психологическая травма в EMDR-терапии. Обсуждаются особенности работы с травмой в EMDR-терапии.

#### **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ И ДЕТЯМ ПРИ РАБОТЕ С ПРОБЛЕМАМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ**

**Попов Александр Никитич** – педагог-психолог школы № 619. Россия, Санкт-Петербург.

Поведенческие проблемы детей и подростков (агрессивное, оппозиционное и гиперактивное поведение), являются фактором риска для здоровья детей, создавая травмоопасные риски.

Когнитивно-поведенческие методы являются наиболее результативными в работе с детьми с поведенческими проблемами. Это объясняется действием различных факторов – когнитивной недостаточностью, характерной для детей с СДВГ, проблемой переноса навыков из кабинета терапевта в обычную среду детей, условной выгодностью проблемного поведения для детей.

**Секционное заседание:**  
**КОНФЛИКТЫ И СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, ПСИХОТЕРАПЕВТА И МЕДИАТОРА:**  
**ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД**  
**Аудитория № 4, 14.30-16.30**

**Председатель: Лаврова Н.М.**

**Аннотация секции:** Созидание благоприятной социальной среды, способствующей укреплению психического и соматического здоровья, является высоко актуальной задачей специалистов в области межличностных отношений. Отмечается двойственность позиций пациента, здоровью которого угрожает обостренный внутриличностный конфликт или конфликт с окружающими. Если пациент находится в позиции защитника своего здоровья, состояние которого определяется не только избавлением от недуга, но и повышением психического и соматического ресурса, то он направляет свои усилия на достижение согласия с собой и с окружающими. Другая позиция, когда пациент мобилизован на конфронтацию, сопряжена с актуализацией явных и скрытых негативных обстоятельств. При этом затрудняется преодоление недуга, усугубляемого проблемной жизненной ситуацией. Внедрение навыков медиации в психологическое консультирование и психотерапию помогает находить выход из конфликта с минимальными последствиями для здоровья пациента.

**КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ СУПРУГАМ В ПРЕОДОЛЕНИИ КОНФЛИКТА И ПОСЛЕДСТВИЙ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ**

**Лаврова Нина Михайловна** – генеральный директор Центра системного консультирования и обучения "Synergia", руководитель комитета по медиации ОППЛ, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, медиатор; **Лавров В.В.; Лавров Н.В.** Россия, Санкт-Петербург.

Злоупотребление алкоголем провоцирует острые семейные конфликты. Успех преодоления алкогольной зависимости обеспечивается системой целенаправленного противодействия негативным биопсихосоциальным факторам. Комплексная программа помощи семье в преодолении алкогольной зависимости была разработана сотрудниками ЦСКО "Synergia". Характерная особенность программы заключается в использовании оригинальных методов медиации в сочетании с системной семейной психотерапией и методикой, позволяющей определять функциональные и дисфункциональные поведенческие стратегии алкоголика и членов его семьи. В докладе рассматриваются позитивные изменения состояния членов семьи, которые происходили после урегулирования семейного конфликта.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОГО ТЕСТА ГОТОВНОСТИ К МЕДИАЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕГОВОРОВ СПОРНЫХ СТОРОН**

**Лавров Василий Васильевич** – д.б.н., директор Центра научно-практической медиации «Согласие», системный консультант, медиатор; **Лавров Н.В.**, Россия, Санкт-Петербург.

На стадии премедиации медиатор оценивает перспективу переговоров и планирует свои действия. Он нуждается в инструменте, который обеспечивает анализ готовности спорных сторон к медиации и одновременно помогает соблюдать принципы нейтральности медиатора и равноправия сторон, нивелируя уровень внимания медиатора к участникам спора. В докладе излагаются результаты использования компьютеризированного теста, который позволяет оценивать отношение участников спора к медиации. Тест выявляет проблемные зоны, которые препятствуют вовлечению в медиацию. Полученные сведения характеризуют способность участников спора достигать взаимопонимания и служат ориентиром в распределении усилий медиатора при организации медиативных переговоров.

**ПРЕОДОЛЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЗДОРОВЬЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В УСЛОВИЯХ КОНФЛИКТА**

**Лавров Никанор Васильевич** – к.м.н., доцент, преподаватель кафедры фармакологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, психиатр, психотерапевт, системный консультант, медиатор. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе обращается внимание на мероприятия, способствующие сохранению психического и соматического здоровья в условиях угрозы, которая создается эмоциональным стрессом, провоцируемым конфликтом. Излагаются результаты использования медиации, помогающей снижать уровень стресса за счет снижения конфронтации, а также лечебных мероприятий, направленных на подавление тревожности. Кроме того, приводятся сведения о применении методов системной семейной психотерапии, обеспечивающей моральную поддержку в условиях конфронтации с оппонентом. Отмечается необходимость расширения компетенции медиатора. Ему требуются психологические знания относительно природы эмоционального стресса и способов его преодоления.

**ВНЕДРЕНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ В ДОУ: ПЕРСПЕКТИВА КОНФЛИКТОЛОГИИ И МЕДИАЦИИ В ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.**

**Бочкова Ольга** – системный семейный психолог, клинический психолог, детский психолог, медиатор, автор программ по детской безопасности. Россия, Москва.

**Ситнова Мария** – системный семейный психолог, клинический психолог, детский психолог, медиатор, управляющая частным детским садом. Россия, Москва.

В докладе рассматриваются проблемы развития общения детей в дошкольном возрасте. Коммуникация – это средство познания окружающего мира, развития и формирования навыков, соответствующих возрастной норме. Анализируются конфликты в процессе коммуникации детей и способы их избегания. Обсуждается организующая и медиативная роль

психолога при возникновении споров. Психолог выступает организатором детского общения, он помогает детям распознавать свои чувства и желания, объяснить свои намерения и понять намерения других. Он обращает внимание детей на вопрос: «Каким способом я достигаю цели? Нужна мне помощь других или нет?». Излагаются результаты использования медиативных техник в преодолении детских ссор и в налаживании детской коммуникации. Благодаря медиативным навыкам воспитателя предотвращается получение ребенком негативного опыта в конфликте.

### **ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Зезюлинская Инна Алексеевна** – психолог, психотерапевт, арт-терапевт, обучающий психотерапевт по методу символдрамы, медиатор, действительный член ОППЛ, Член наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации "Союз психотерапевтов и психологов", Официальный представитель ЦС ОППЛ в Крыму и Севастополе; Руководитель Крымского регионального отделения ОППЛ. Россия, Севастополь.

Семья является важнейшим элементом самоорганизации общества и определяет основополагающие условия его развития, Несмотря на происходящие в современном мире изменения, семья продолжает оставаться одним из основных институтов социализации. Семейные споры на сегодняшний день являются одной из самых распространенных форм конфликтов. В докладе представлен анализ особенностей современной семьи и рассмотрены особенности семейной медиации в качестве одного из эффективных внесудебных способов решения конфликтов. Во многих случаях, если люди могут решить проблему путем обсуждения и переговоров, они достигают более быстрого и лучшего результата, чем при противостоянии или судебном разбирательстве. Однако в основном им этого не удастся сделать без помощи третьей стороны – медиатора. В статье рассмотрены способы внедрения семейной медиации в практику разрешения семейных конфликтов. Выявлены цели и преимущества проведение такого рода альтернативного разрешения спора, как семейная медиация.

### **РАЗВИТИЕ ДИАЛОГОВЫХ УМЕНИЙ УЧАЩИХСЯ В ХОДЕ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ**

**Кибардина Мария Петровна** – к.п.н., доцент Кафедры русского языка как иностранного Вятского государственного университета. Россия, Киров.

В докладе рассматривается актуальность проблемы развития диалоговых умений учащихся, этапы развития этих умений, особенности их формирования при работе над разрешением конфликтных ситуаций.

### **ВЛИЯНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ КОНФЛИКТЫ: ВОЗМОЖНОСТИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИАЦИИ И СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Медведева Варвара Вячеславовна** - психолог, системный семейный консультант, медиатор, действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги, член рабочей группы «Медиация в сфере здравоохранения» комитета по медиации ОППЛ. Россия, Москва.

В докладе освещаются особенности возникновения, развития и протекания рассеянного склероза. Неопределённость, связанная с данным заболеванием и тяжелая симптоматика, усугубляют тревогу, агрессию, склонность к депрессии у пациентов, а также способствуют обострению тревоги и растерянности у их близких. Названные факторы способствуют возникновению внутрисемейных конфликтов и споров, которые могут быть благополучно разрешены посредством системной семейной психотерапии или процедуры семейной медиации.

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ШКОЛЬНОЙ МЕДИАЦИИ**

**Никитина Светлана Борисовна** – психолог, медиатор, член Профессиональной психотерапевтической лиги, заместитель директора по научной работе НОУ СОО «Квадривиум». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен практический опыт одной из петербургских школ по работе с конфликтными ситуациями. Акцент сделан на предупреждении возможных конфликтов в образовательном учреждении, а не на их разрешении постфактум. Особое значение уделяется осознанному корректному сотрудничеству и ответственному принятию правил всеми участниками образовательного процесса. Обсуждаются базовые условия и предлагается пошаговая реализация данной схемы.

### **РАБОТА ПСИХОЛОГА В РАМКАХ СЛОЖНОГО БРАКОРАЗВОДНОГО ПРОЦЕССА**

**Панфилова Наталья Александровна** – действительный член ОППЛ, действительный член Федерации психологов-консультантов онлайн, психолог-консультант психологического центра «Счастливая семья». Россия Москва.

На примере сложного бракоразводного процесса рассматривается работа психолога в бригаде специалистов. Развод осложнялся тем, что супруги на момент развода находились в разных странах. Спор между ними был не только по поводу общего имущества, но и по поводу дальнейшего местопроживания их общего ребенка.

Развод состоялся на территории РФ.

Для разрешения этой сложной ситуации были привлечены несколько адвокатов с Российской стороны.

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ШКОЛЬНОЙ МЕДИАЦИИ**

**Никитина Светлана Борисовна** – психолог, медиатор, член ОППЛ, заместитель директора по научной работе НОУ СОО «Квадривиум». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен практический опыт одной из петербургских школ по работе с конфликтными ситуациями. Акцент сделан на предупреждении возможных конфликтов в образовательном учреждении, а не на их разрешении пост-фактум.

Особое значение уделяется осознанному корректному сотрудничеству и ответственному принятию правил всеми участниками образовательного процесса. Обсуждаются базовые условия и предлагается пошаговая реализация данной схемы.

**Секционное заседание:  
ПОЗИТИВНАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ  
Аудитория № 6, 10.30-13.30**

**Председатель: Слабинский В.Ю.**

**«ПОЗИТИВНАЯ КУКЛОТЕРАПИЯ» КАК ИНСТРУМЕНТ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЧНОСТИ**

**Вековешникова Анна Михайловна** – руководитель Тверского отделения Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, старший преподаватель кафедры общей психологии и психологии труда ОУ ВО «Тверской институт экологии и права», преподаватель Института практической психологии «Иматон», руководитель психологической студии «Альте Паруса». Россия, Тверь.

В докладе рассматривается ренессанс народной культуры и ее интеграция в современную жизнь и психологическую практику. Поднимается проблема научности и обоснованности применения жанра «работа с народной куклой» в трёх формах психотерапии. Рассказывается об авторской Фольклорно-психологической методике "Позитивная куклотерапия. Дары Макоши: куклы, игры, обереги" В.Ю. Слабинского и Н.М. Воицовой. Обсуждаются результаты применения методики.

**ПРОАКТИВНОСТЬ В ПОЗИТИВНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Воицова Надежда Михайловна** – психолог, заместитель директора по учебной и научной работе Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, член Координационного Совета Гильдии психотерапии и тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются основные теории совладающего поведения. Описывается авторская концепция проактивности. Приводятся результаты собственных исследований.

**ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ АСПЕКТЫ В МЕТОДЕ ПОЗИТИВНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Волгина Ксения Александровна** - психолог Петербургской школы психотерапии и психологии отношений. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе обсуждаются основные теоретические и методологические основы телесно-ориентированной психотерапии. Рассматриваются основные аспекты телесно-ориентированных методов, применяемых в методе ПДП. Называются основные техники, используемые в методе ПДП, в частности - переживание трансового состояния. Обсуждается работа по адаптации техники транса в ключе методологии ПДП.

**ПОЗИТИВНАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**

**Гинтер Юлия Юрьевна** – врач-психотерапевт Петербургской школы психотерапии и психологии отношений. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются структура нервно-психических расстройств и особенности Позитивной Динамической Психотерапии женщин в климактерическом периоде. Приводятся результаты собственных исследований.

**ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ У МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ С ДЦП**

**Зворыгина Мария Игоревна** – магистрант 2 курса Кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности самооценки у молодых взрослых с ДЦП. Прослеживается корреляция между самооценкой и различными личностными качествами (тревожность, агрессивность), а также с уровнем субъективного благополучия личности.

**ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

**Климочкина Ксения Александровна** – врач-психиатр, психотерапевт Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения Тверской области Областного клинического психоневрологического диспансера. Россия, Тверь.

В докладе рассматривается влияние на формирование комплаенса таких факторов как психологические особенности личности пациента. Обсуждается значение терапевтических отношений между врачом и больным. Разбирается важность социального окружения для установления приверженности лечению.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ РЕМИССИЕЙ АЛКОГОЛИЗМА**

**Луныков Алексей Сергеевич** – врач-психотерапевт. Россия, Тверь.

В докладе рассматриваются особенности психотерапевтической работы с пациентами со спонтанной ремиссией алкоголизма обусловленной тревожно-фобической симптоматикой. Рассматривается структура и генез возникновения тревожно-фобических расстройств у алкоголь зависимых и их влияние на возникновение спонтанной ремиссии и ее качество, и длительность. Выделяются основные векторы работы психотерапевта в зависимости от уровня коморбидности данных заболеваний.

#### **РОЛЬ НАРОДНОЙ СКАЗКИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Прудяева Валерия Дмитриевна** – педагог-психолог МОУ СОШ №39 г. Твери, психолог центра психологической помощи подросткам и молодежи «Доброе Слово». Россия, Тверь.

В докладе рассматривается ценность народной сказки для современной психотерапии. Предложен успешный практический опыт использования народной сказки в рамках метода Слабинского В.Ю. Позитивной Динамической Психотерапии на примере методики «Древо Характера», Позитивной мифодрамы, определения «актуального жизненного стиля» клиентов.

#### **ПОСЛОВИЦЫ И ПОГОВОРКИ КАК ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОСЫЛ РОДА**

**Секачева Ирина Николаевна** – позитивный динамический консультант, психолог отдела «Центр психологической помощи «Доброе слово» МБУ «Подростково-молодежный центр» при Управлении по культуре, спорту и делам молодежи администрации г. Твери и психологической студии «Алые Паруса», кандидат Петербургской школы психотерапии и психологии отношений. Россия. Тверь.

В докладе рассматривается роль пословиц и поговорок в формировании жизненных ценностей личности. Дается определение фольклорным формам устного народного творчества. Рассматривается взаимодействие пословиц и поговорок с актуальными сферами жизнедеятельности, необходимыми для успешного развития личности на определенном этапе историко-экономического развития общества.

#### **ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЗИТИВНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Слабинский Владимир Юрьевич** - к.м.н., доцент Научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» института высоких медицинских технологий Санкт-Петербургского государственного университета, директор Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, член Координационного Совета Гильдии психотерапии и тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются исторические этапы становления экзистенциализма. Дифференцируются основные школы экзистенциальной психотерапии. Анализируются различия философских представлений М. Хайдеггера и С.Л. Франка. Иллюстрируются экзистенциальные аспекты позитивной динамической психотерапии.

#### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ДРЕВО ХАРАКТЕРА» У ПОДРОСТКОВ (14-19 ЛЕТ)**

**Фадеева Дарья Евгеньевна** – психиатр, психотерапевт, младший научный сотрудник отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен первый опыт проведения авторской методики В.Ю. Слабинского «Древо характера» с подростками, лицами 14-19 лет. Рассматриваются особенности проведения и динамика в данной возрастной группе. Выдвигаются предположения для повышения эффективности данной методики в целях расширения возрастного диапазона к применению.

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ В.Ю. СЛАБИНСКОГО «АРХЕТИПИЧЕСКИЕ РАСКРАСКИ» В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ДЕЗАДАПТИВНЫМИ ПОДРОСТКАМИ И МОЛОДЕЖЬЮ**

**Фёдорова Наталья Андреевна** – медицинский психолог ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева». Россия, Тверь.

В докладе рассматриваются формы социальной дезадаптации современных подростков и молодежи и дается определение понятия. Описывается опыт применения методики В.Ю. Слабинского «Архетипические раскраски» в психотерапевтической практике, обсуждается в целом терапия подобных случаев.

**Секционное заседание:  
ПРОЦЕССУАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ  
Аудитория № 10, 16.00-17.30**

**Председатели: Сербина Л.Н., Рунова С.Д.**

#### **КОНФЛИКТЫ: РАБОТА С ОБВИНЕНИЯМИ И ДИНАМИКА ДВОЙНОГО КРАЯ (БАРЬЕРА)**

**Пауленко Юрий Александрович** – сертифицированный специалист по процессуальной работе (PWI, USA), коуч (CTI, Netherland), бизнес-тренер, дипломированный консультант по управлению (SMC, Россия), МА «Организационные изменения и фасилитация конфликтов» (PWI, USA). Ведущий тренер-консультант компании Schouten Russia. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается подход процессуально-ориентированной психологии к работе с конфликтами. Дается определение двойного края (барьера). Рассматривается динамика, приводящая участников конфликта к двойному барьеру.



Обсуждается работа с обвинениями как выход из конфликта и метод личностного роста. Приводятся примеры использования работы с обвинениями в организационном контексте, коучинге и бизнес-тренингах.

#### **ДУХ СНОВ. РАБОТА СО СНОВИДЕНИЕМ В СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ**

**Солодилова Алена Николаевна** – психолог, процессуальный практик, расстановщик, руководитель психологического клуба «Ноосфера», автор книг, организатор профессиональных психологических конференций, преподаватель института практической психологии «Иматон». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются разные подходы в работе со сновидениями. Систематизируются сновидения клиентских запросов. Описывается реальность сновидца. Представлена диалоговая модель работы со сновидениями. Обсуждаются трудности в психологической работе со сновидческим материалом.

#### **РАБОТА С КРАЕМ И КРАЕВОЙ ФИГУРОЙ С ПОМОЩЬЮ ЛЕПКИ ИЗ ГЛИНЫ И КЕРАМИКИ**

**Рунова Светлана Дмитриевна** – психолог, психолог-сексолог, сертифицированный специалист по процессуально-ориентированной психологии и психотерапии, действительный член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается работа с краем и краевой фигурой с помощью лепки из глины и керамики. Дается определение понятию «Края и Краевой фигуры». Обсуждаются возможности и варианты использования лепки из глины и керамики в прохождении через край и работы с краевой фигурой через ее проявление в материальном мире как конкретного персонажа, вылепленного в ходе работы, а также конструктивный диалог с краевой фигурой. Рассматриваются различные уровни глубины работы и ее возможная длительность.

#### **СИМПТОМАТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА. РОЛИ И ПРОЦЕССЫ ВНУТРИ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ С ДИАГНОСТИКОЙ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Медведева Варвара Вячеславовна** – психолог, системный семейный консультант, медиатор, действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги.

В докладе освещается опыт личного знакомства с заболеванием «рассеянный склероз», а также взаимодействия с другими болеющими. Проводится анализ данного феномена и связанных с ним процессов в ракурсе процессуального подхода.

#### **ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ РАБОТА — ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Сербина Людмила Николаевна** – к.пс.н., психотерапевт EAP, Process Work Center of Portland USA, руководитель модальности Процессуально-ориентированная психология и психотерапия в ОППЛ, международный преподаватель и супервизор ОППЛ, научный руководитель обучающей программы по Процессуально-ориентированной психологии в ИИПП. Россия, Москва.

Процессуальные специалисты понимают события, входя в поток переживания, а не анализируя жизненную форму извне. Самое важное в процессуальной работе в том, что она фокусируется на творческой искре в каждом индивидууме, в паре или в групповом переживании. Каждый человек можно назвать творцом — он творит свой мир, свою жизнь, свою личность. И рожден для того, чтобы делать это свободно и с удовольствием.

#### **РАБОТА С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ПРОЦЕССОМ С ПОМОЩЬЮ МЕТАФОРИЧЕСКИХ КАРТ И КАРТ СИСТЕМЫ «ТАРО»**

**Мацкевич Марина Сергеевна** – психолог, психолог-таролог, сертифицированный специалист по процессуальной работе (Process Work Institute, Zurich, Switzerland), действительный член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается методика которая позволяет при работе с первичным процессом человека различать, чем он кажется самому себе и другим людям, и в чем состоит его индивидуальность, открыть доступ ко вторичному процессу, к тому, что мы в данный момент не осознаем, и что относится к бессознательному, это ведет к расширению Эго-идентичности и помогает движению к целостности. Рассматриваем формирование контакта между первичным и вторичным процессами, который способствует решению внутреннего конфликта. Рассматриваем возможность получения доступа к любому измененному состоянию, например, персонажу сновидения, телесной проблеме, или проекции в отношениях, что позволяет переживать и прорабатывать эти состояния в тот момент, когда они присутствуют, не теряя при этом контакта со своей обыденной само тождественностью, то есть со своим первичным процессом.

#### **ВЗГЛЯД НА КОНФЛИКОЛОГИЮ ИЗ МЕТОДА ПРОЦЕССУАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Румянцева Инга Викторовна** – Вице-президент ОППЛ, председатель Регионального Отделения ОППЛ в Санкт-Петербурге и СЗФО. Официальный представитель комитета по супервизии ОППЛ в Санкт-Петербурге, член наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», психолог, супервизор. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается процессуально-ориентированный взгляд на конфликт, предлагаются методики овладения навыками работы со своими ресурсами в конфликте, а также упражнения для идентификации фигуры критика и способы работы с ним.

**Секционное заседание:**  
**БАЛИНТОВСКАЯ (АНАЛИТИЧЕСКАЯ) СУПЕРВИЗИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОЛОГОВ – КОНСУЛЬТАНТОВ**  
**Аудитория № 4, 16.30-17.30**

**Ведущий: Винокур Владимир Александрович** – д.м.н., профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. Мечникова, профессор Восточно-Европейского института психоанализа, Президент Санкт-Петербургского Балинтовского общества, член консультативного совета Международной Балинтовской Федерации (IBF), ведущий и супервизор Балинтовских групп, ведущий методических семинаров по подготовке лидеров Балинтовских групп. В 1999-2000 гг. работал в качестве эксперта по балинтовским группам в программе Европейского Совета ТАСИС «Охрана здоровья на рабочих местах». Автор около 200 научных работ, включая ряд статей в российских и зарубежных изданиях по использованию балинтовских групп в процессе профессионального усовершенствования врачей и психологов, по диагностике и коррекции профессионального «выгорания» и предупреждению у них этого синдрома. Автор книги «Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы» (СПб.: Изд-во СпецЛит, 2015.– 191 с).

**Выступление, демонстрационная группа и обсуждение методики ее работы.**

**Мастер-класс:**  
**«СИСТЕМНЫЕ РАССТАНОВКИ В КРАТКОСРОЧНОЙ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЕ ПО Э.Г. ЭЙДЕМИЛЛЕРУ И Н.В.АЛЕКСАНДРОВОЙ»**  
**Аудитория № 3, 17.00-18.30**

Ведущие:

**Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

**Александрова Нина Викторовна** – ассистент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Проведение мастер-класса предусматривает знакомство участников с моделью краткосрочной аналитической психодрамы и технологией семейных расстановок по Э.Г. Эйдемиллеру и Р.В. Александровой в режиме группового тренинга, предполагающего проработку собственных личностных проблем и осознания ресурсов у заявителя.

**ПРОГРАММА МАСТЕР-КЛАССОВ**  
в рамках VII Международного Санкт-Петербургского конгресса  
**«Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование — грани исследуемого»**  
**18 марта 2017 года,**  
**10.00-17.00**

*Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., д. 18. Восточно-Европейский институт психоанализа*

**Мастер-классы в рамках конгресса:**

**1. Мастер-класс «Что я могу тогда, когда уже ничего не могу! (демонстрация экзистенциально-аналитического метода «врата смерти», применяемого для лечения страхов)»**

**Время проведения: 10.30-13.30, аудитория № 1.**

**Ведущий: Баранников Александр Сергеевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры педагогики и психологии Московского социально-педагогического института, председатель секции экзистенциальной психотерапии Профессиональной психотерапевтической лиги, председатель координационного совета Ассоциации экзистенциально-аналитических психологов и психотерапевтов.

В рамках мастер-класса ведущий знакомит участников с общей антропологической основой современного экзистенциального анализа. Дается общее понимание страхов в данном направлении психотерапии. Раскрываются показания применения метода «врата смерти». Демонстрируется работа данным методом с одним из участников группы. Обсуждаются общие принципы и конкретные шаги такой работы. Участники мастер-класса получают рекомендации по самостоятельному применению метода в своей профессиональной деятельности.

**Стоимость мастер-класса 2 500 руб.**

Скидки: для действительных членов ППЛ: 15%,

для консультативных членов ППЛ: 10%,

для наблюдательных членов ППЛ: 5%.

## **2. Образовательный курс Личного Терапевта. Турбо-курс.**

**Время проведения: 14.00-17.00, аудитория № 1.**

Ведущая: **Макарова Екатерина Викторовна** – магистр научной психотерапии (университет им. Зигмунда Фрейда, Вена, Австрия), председатель Комитета по Личной терапии ППЛ, аккредитованный супервизор Профессиональной Психотерапевтической Лиги, аккредитованный руководитель личной терапии-адвайзер Профессиональной Психотерапевтической Лиги, преподаватель ППЛ международного уровня, председатель Международной секции ППЛ, председатель Молодежной секции Всемирного Совета по психотерапии, соискатель докторской степени в университете им. Зигмунда Фрейда, Вена, Австрия.

**Турбо-курс подготовки личных терапевтов – это ускоренная образовательная программа для обучающихся практикующих психологов и психотерапевтов, позволяющая в самые короткие сроки получить статус личного терапевта ППЛ.**

Образовательная программа для получения статуса Личного терапевта является курсом повышения квалификации для опытных профессионалов в области психотерапии. Знания и навыки, полученные во время курса, дадут возможность профессионалам повысить качество клинической работы и эффективно вести личную терапию для психотерапевтов. Полный курс рекомендован опытным профессионалам и начинающим специалистам для повышения качества работы с клиентами и формирования навыков эффективности в психотерапевтической работе.

Решением Комитета модальностей психотерапии ППЛ от 27 мая 2015 Гг. введены новые стандарты подготовки психотерапевтов. Личная терапия становится обязательным элементом подготовки Специалиста. Всем кандидатам в личные терапевты, личным терапевтам и участникам программы признания (грандперетинга) необходимо пройти специальное образование.

Образовательный курс по личной терапии **направлен на:**

- познание границ и ресурсов собственной личности;
- проработку паттернов поведения;
- формирование восприимчивости к элементам психотерапевтического процесса;
- формирование глубинного понимания психотерапевтических практик;
- решение личных запросов;
- проработку личностных ограничений, влияющих на самостоятельную успешную психотерапевтическую деятельность;
- формирование навыка рефлексии.

Обладающий статусом Личного терапевта **имеет право:**

1. Числиться в реестре личных терапевтов ППЛ;
2. Проводить личную терапию в индивидуальном или групповом формате;
3. Признавать и засчитывать уже пройденные часы личной терапии;
4. Участвовать в супервизии для личных терапевтов;
5. Выдавать сертификат ППЛ, подтверждающий прохождение личной терапии и дающий право допуска кандидата в профессию.

Обязательное образование состоит из 3 блоков (в зависимости от уровня подготовки кандидата может быть добавлен 4 блок).

**СЕРТИФИЦИРОВАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НЕСКОЛЬКО СТУПЕНЕЙ ПО СЛЕДУЮЩИМ ТЕМАМ:**

### **1 СТУПЕНЬ**

- История личной терапии в психотерапии;
- Цели и техники личной терапии;
- Международные исследования об эффективности психотерапии;
- Новые стандарты подготовки специалистов и практики в ППЛ и Национальной СРО;
- Завершение личной терапии – допуск к психотерапевтической профессии;
- Этические нормы в образовании и практике психотерапии;
- Различные модели ведения личной терапии;
- Разбор теории и практики основных элементов личной терапии:

Интервью, заключение контракта, анализ становления личности и ретроспективный анализ, групповые процессы, проработка выявленных в группе паттернов поведения, проработка фантазий о личности психотерапевта, профессиональная ориентация (коучинг), работа с личностными запросами, работа с актуальными запросами.

### **2 СТУПЕНЬ**

- Основы полимодального стиля ведения личной терапии;
- Основы психодинамики и ведения группы;
- Супервизия для личных терапевтов;
- Разбор теории и практики основных элементов личной терапии;
- Разбор сложных случаев в личной терапии.

### **3 СТУПЕНЬ**

- Практическая работа под супервизией;
- Разбор теории и практики основных элементов личной терапии;

- Супервизия для личных терапевтов;
- Разбор сложных случаев в личной терапии;
- Подготовка и сдача экзамена на личного терапевта;
- Дополнительные блоки к ступеням;
- Фотогенограмма как эффективный инструмент проведения ретроспективного анализа личности;
- «Психиатрические аспекты психотерапевтической практики» - курс дает базовую информацию об основных психопатологических симптомах и синдромах, об особенностях проявления и течения пограничных психических расстройств с целью повышения психиатрической грамотности, профессиональной настороженности специалиста и определения границ его компетенции. Курс рассчитан на 2 дня и проводится для неврологов, психологов, студентов и слушателей системы последипломного психологического образования.

В программе курса используются достижения исследований в области психотерапии самых прогрессивных отечественных и зарубежных профессиональных сообществ, исследовательских институтов, а также всемирный опыт практики психотерапии.

После прохождения 1 и 2 ступеней курса специалист получает свидетельство «кандидата в личные терапевты ППЛ», дающее специалисту право на проведение групповой и индивидуальной личной терапии и осуществление учета часов пройденной личной терапии психологам, психотерапевтам, социальным работникам и представителям помогающих профессий.

Для получения статуса «Личный терапевт, аккредитованный ППЛ» необходимо пройти все ступени курса и завершить образование.

#### **Стоимость участия в турбо-курсе:**

*для действительных членов ППЛ: 4 000 рублей за 1 ступень турбо-курса,*

*для консультативных членов ППЛ: 4 500 рублей за 1 ступень турбо-курса,*

*для наблюдательных членов ППЛ: 5 000 рублей за 1 ступень турбо-курса,*

*для не членов ППЛ: 5 500 рублей за 1 ступень турбо-курса.*

Обучение поддерживается сертификатами ППЛ, признаваемыми большинством профессиональных ассоциаций России, Национальной организацией «Союз психотерапевтов и психологов», Европейской ассоциацией психотерапии, Азиатской Федерацией Психотерапии, Всемирным Советом Психотерапии.

Прошедшие полный курс получают доступ к психотерапевтической практике.

### **3. Мастер-класс: «Гештальт-подход в терапии пары и консультировании».**

**Время проведения: 10.30-12.30, аудитория № 200.**

**Ведущий: Демьяненко Алексей Михайлович** – заведующий городским психотерапевтическим центром и кафедрой, преподаватель ВЕГИ, психиатр, психотерапевт, член Координационного Совета РПА, представитель Санкт-Петербургского регионального отделения РПА.

Навыки работы с парой и «малой группой» являются одними из наиболее востребованных в психотерапии и психологическом консультировании. При этом, пара может рассматриваться не только в традиционном понимании как «мужчина-женщина» (чаще всего – супружеская пара), но и как любые два человека, которые по каким-либо признакам способны идентифицировать себя как пару.

В рамках данного семинара будут рассмотрены следующие аспекты работы с парой с точки зрения гештальт-подхода:

- 1) Организм - среда, пара как единый организм.
- 2) Протекание цикла опыта (цикл контакта) и его значение для пары.
- 3) Четыре фокуса внимания терапевта при работе с парой.
- 4) Феноменологический подход при работе с парой.
- 5) Стратегия и тактика построения интервенций с позиций гештальт-подхода.
- 6) Эксперимент в работе с парой.

В рамках данного семинара участники получают как теоретические знания, так и возможность практической отработки необходимых навыков.

#### **Стоимость мастер-класса 2 500 руб.**

*Скидки: для действительных членов ППЛ: 15%,*

*для консультативных членов ППЛ: 10%,*

*для наблюдательных членов ППЛ: 5%,*

*для членов РПА: 15%.*

По окончании мастер класса выдается сертификат участника от Российской Психотерапевтической Ассоциации.

#### **4. Мастер-класс «Гипноз в действии: практики для каждого дня».**

**Время проведения: 12.30-15.00, аудитория № 200.**

**Ведущие:**

**Иванов Константин Валерьевич** – кандидат биологических наук, психофизиолог, клинический (медицинский) психолог, гипнолог, член Российской Психотерапевтической Ассоциации, выпускник Северного (Арктического) федерального государственного университета имени М.В. Ломоносова.

**Бессмертный Александр Владимирович** – кандидат психологических наук, клинический психолог, гипнолог, член Российской Психотерапевтической Ассоциации.

Цель тренинга-семинара – познакомить участников/слушателей с современными практиками клинического гипноза и активации сознания, которым они могут научиться сами и обучить этому своих клиентов/пациентов для улучшения качества психотерапевтических услуг, психологического консультирования, а также собственного самочувствия.

Задачи тренинга-семинара:

1. Познакомить участников с последними данными исследований в сфере нейронаук, имеющих отношение к практикам клинического гипноза и активации сознания.
2. Продемонстрировать действенные упражнения, которые участники сразу могут взять в свою работу и жизнь.
3. Показать очевидность практик активации сознания, их актуальность, своевременность и практичность в любых направлениях деятельности человека.
4. Обучить техникам/практикам улучшения качества принятия решений по любым направлениям деятельности человека (работа, обучение, бизнес, семейные и другие партнёрские отношения, спорт, хобби и т.д.).
5. Подвести итоги встречи и определить качество усвоенного материала, эффективность предложенных практик; разобрать практические случаи работы с конкретными психологическими трудностями.

Встреча-дегустация посвящена лучшему, что предлагают нейронауки и современная гипнотерапия.

Будут представлены простые и в тоже время действенные, проверенные техники. Каждый из участников найдёт в них что-то своё, будь то преодоление защитных механизмов личности за короткое время, решение психологических запросов или мгновенная мобилизация всех ресурсов человека в психотравмирующих ситуациях. Спектр применения этих техник широк: от педагогики до работы со сложными клиническими случаями. Поэтому встречей останутся довольны все – будь то профессионалы с многолетним стажем или люди, которые хотят позаботиться о себе.

Мы предлагаем Вам практику и ничего кроме практики. Хотим поделиться нашим опытом для того, чтобы Вы передали его другим людям и убедились в очевидности результатов.

Для эффективного закрепления материалов каждый из участников получит специальную тетрадь с практическими заданиями. Это позволит Вам быть в профессиональном тоне и лучше понимать то, что Вы делаете в работе.

#### **Стоимость мастер-класса 2 500 руб.**

Скидки: для действительных членов ППЛ: 15%,

для консультативных членов ППЛ: 10%,

для наблюдательных членов ППЛ: 5%,

для членов РПА: 15%.

После успешного прохождения тренинга-семинара участники получают сертификат от Российской Психотерапевтической Ассоциации.

#### **5. Семинар «Сексуальные нарушения при неврозах».**

**Время проведения: 15.00-17.00, аудитория № 200.**

**Ведущая: Ляшкова Светлана Владимировна** – кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт, научный сотрудник НИПНИ им.В.М.Бехтерева.

В практической работе с невротическими пациентами психотерапевт может сталкиваться с жалобами, связанными с нарушениями сексуальной сферы – различными психоэмоциональными трудностями и психосоматическими явлениями, относящимися к интимной жизни, которые затрудняют и даже делают невозможными сексуальные отношения.

В рамках мастер-класса будут рассмотрены следующие вопросы:

- как могут проявляться нарушения сексуальной сферы при неврозах;
- какие невротические личностные механизмы могут приводить к появлению сексуальных нарушений;
- как проявляются темы связанные с сексуальностью в процессе личностно-ориентированной психотерапии неврозов;
- как психотерапевт может выявлять переживания, связанные с сексуальной сферой (их значение на разных этапах терапии, влияние на психотерапевтический контакт, возможные трудности терапии);
- как строить тактику работы с сексуальными темами в личностно-ориентированной психотерапии невротических расстройств.

Мастер-класс предполагает знакомство с системным клинико-психологическим пониманием роли и места сексуальных нарушений при неврозах и принципами работы с ними.

В рамках мастер-класса будет рассмотрено множество кейсов из реальной практики, фокус внимания будет направлен прежде всего на практические вопросы и запросы участников мастер-класса.

Всем участникам будут предоставлены методические материалы мастер-класса.

**Стоимость мастер-класса 2 500 руб.**

Скидки: для действительных членов ППЛ: 15%,  
для консультативных членов ППЛ: 10%,  
для наблюдательных членов ППЛ: 5%,  
для членов РПА: 15%.

По окончании мастер-класса выдается сертификат участника от Российской Психотерапевтической Ассоциации.

**Всем участникам мастер-классов Международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование — грани исследуемого» выдаются накопительные сертификаты ОППЛ. Набранные часы входят в программу обучения для присвоения статуса аккредитованного и сертифицированного консультанта, для получения Европейского и Всемирного Сертификата психотерапевта.**

**Регистрация участников обязательна.**

**Заявки на участие в мастер-классах принимаются до 16 марта 2017 года по эл. почте: [ing900@yandex.ru](mailto:ing900@yandex.ru)**

**Доп. информация по тел. +7 (911) 221-33-32, Румянцева Инга Викторовна.**

**ПРОГРАММА ПСИ-ФЕСТА МАСТЕР-КЛАССОВ**  
в рамках VII Международного Санкт-Петербургского конгресса  
**«Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование — грани исследуемого»**  
19 марта 2017 года,  
10.30-21.30

Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 1А. Психологическая служба «Орион-С».

**Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига приглашает Вас посетить мастер-классы в рамках VII Международного конгресса психотерапевтов, психологов и психологов-консультантов в Санкт-Петербурге.**

В этот день мы встретимся для обучения, знакомств и профессиональных дискуссий. Ожидаются кофе-брейк и обмен мнениями. В этот день у нас будет возможность продуктивно сочетать структурированное и неформальное общение.

**В программе Пси-Феста пройдут следующие мастер-классы:**

**1. Мастер-класс «Как работает с конфликтами психотерапевт, медицинский психолог и медиатор».**

**Время проведения: 10.30-12.30, малый зал.**

Ведущая: **Лаврова Нина Михайловна** – врач-психотерапевт, психолог, профессиональный медиатор, коуч, известный специалист в области гармонизации отношений в бизнесе, семейных, супружеских и детско-родительских отношениях. Имеет европейскую и национальную сертификацию, автор книг и научно-популярных статей в области консультирования в бизнесе, семейных и супружеских отношений, является экспертом телевизионных программ.

Урегулирование конфликта и преодоление его последствий – это самый актуальный запрос в обращениях за помощью к профессионалам, действующим с целью гармонизации отношений в системе «человек-человек». Общая цель достигается на основе разных подходов. Методы и технологии, которые используют психотерапевты, медицинские психологи и медиаторы, существенно отличаются, но отличие не исключает их интеграции, повышающей эффективность помощи в переходе от конфронтации к согласию.

**2. Тренинг «Скриптодрама – создай smartfamily».**

**Время проведения: 10.30-13.30, сиреневый зал.**

Ведущие:

**Шапошникова Тамара Евгеньевна** – кандидат педагогических наук, доцент, действительный член Международной академии наук педагогического образования, психолог-консультант национальной сертификации ППЛ, тренер и супервизор международного класса, действительный член Европейской Ассоциации Психотерапии.

**Шапошников Виктор Анатольевич** – кандидат педагогических наук, доцент, психолог-консультант национальной сертификации ППЛ, тренер и супервизор международного класса, действительный член Европейской Ассоциации Психотерапии.

Каждый человек начинает жизнь в тисках жизненного сценария: кто-то выбрал его сам, кому-то его навязали. Сценарий предполагает ряд действий, ведущих к какому-то концу – развязке. Прикоснуться к своему сценарию, подумать о развязке и, может быть, скорректировать ее – задача этого дня. Ведь всегда можно усовершенствовать свой сценарий или... Отказаться от него совсем.

### **3. Мастер-класс «Современные европейские стандарты многоуровневой терапии психической травмы».**

**Время проведения: 10.30-12.30, желтый зал.**

Ведущая: **Защиринская Оксана Владимировна** – доктор психологических наук, доцент СПбГУ, психотравматолог.

В рамках мастер-класса раскрываются следующие темы: современная психотравматология. Принцип нормальности при изучении психической травмы. Качество жизни и предупредительные сигналы травматических переживаний. Распространенные проявления психической травмы. Многоуровневая психодинамическая травматерапия. Принцип действия. Травмакомпенсаторная схема. Центральная конфликтная схема отношений. Результативность метода Готфрида Фишера.

### **4. Мастер-класс «Парадоксы и ресурсы семьи, современный взгляд».**

**Время проведения: 12.30-14.30, желтый зал.**

Ведущий: **Ванкон Александр Игоревич** – врач-психотерапевт, член Альянса помогающих практик «ПроБоно» и Санкт-Петербургского Балинтовского общества, организатор проекта «Практикум по семейной и супружеской психологии».

В своей практике семейный психотерапевт сталкивается с серьезными симптомами, например, с психотическими расстройствами, ситуациями насилия в семье, острыми конфликтами между супругами. В этих случаях весьма эффективно себя проявила системная семейная психотерапия, с парадоксальным и трансгенерационным подходом к анализу семейного взаимодействия.

В рамках мастер-класса автор и участники обсудят теорию и практику современного семейного консультирования и психотерапии. Предполагается разбор случая одного из участников мастер-класса в варианте работы с имитированной семьей.

### **5. Экспериментальная мастерская «Психотерапия, психоанализ и буддизм».**

**Время проведения: 12.45-14.45, малый зал.**

Ведущая: **Никитина Ольга Анатольевна** – председатель Координационного совета Гильдии психотерапии и тренинга, тренинговый аналитик и супервизор Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии, психотерапевт Единого Реестра психотерапевтов Европы.

Некоторые постулаты буддийской философии и этики совпадают с важными постулатами современной психотерапии.

На мастерской мы рассмотрим сходства и различия этих параллелей. В практической части мастерской будут представлены "новые" - "старые" техники, интегрирующие буддийские приемы и методы и направления современного психоанализа, гештальт-подхода и экзистенциальной психотерапии, а также сравнение их с современным и классическим психоанализом и аналитической психологией.

### **6. Мастер-класс «Театр спонтанности – позитивная психодрама».**

**Время проведения: 13.45-15.45, сиреневый зал.**

Ведущий: **Слабинский Владимир Юрьевич** – кандидат медицинских наук, доцент Научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» института высоких медицинских технологий Санкт-Петербургского государственного университета, директор Петербургской школы психотерапии и психологии отношений, член Координационного Совета Гильдии психотерапии и тренинга.

На мастер-классе будет продемонстрирована психодраматическая работа с текстом кубинского писателя Элисео Диего. В методологической части будет обобщен 20-летний опыт работы с данным текстом на различных группах. Будет показано развитие принципов Театра спонтанности в позитивной психодраме и рассказано о возможности интеграции мифодраматических постановок с позитивной куклотерапией.

### **7. Мастер-класс «Процессуальная работа. Программа обучения».**

**Время проведения: 15.00-17.00, малый зал.**

Ведущие:

**Сербина Людмила Николаевна** – кандидат психологических наук, психотерапевт EAP, Process Work Center of Portland USA, руководитель модальности Процессуально-ориентированная психология и психотерапия в ОППЛ, международный преподаватель и супервизор ОППЛ, научный руководитель обучающей программы по Процессуально-ориентированной психологии в ИИПП.

**Павленко Юрий** – обладатель степени MA «Организационные изменения и фасилитация конфликтов» (ProcessWork Institute (PWI), Portland, USA), сертифицированный специалист по процессуальной работе (PWI, USA), бизнес-тренер, дипломированный консультант по управлению (SMC, Россия), коуч (CTI, Amsterdam, Netherlands).

Мастер-класс предназначен для всех интересующихся психологическими подходами в целях личного и профессионального развития. На этом мастер-классе вы сможете познакомиться с особенностями обучения в процессуальном подходе, узнать, чем этот метод отличается от других психологических подходов и в чем заключаются его особенности и сильные стороны, как этот подход может дополнить и расширить ваши методы работы с отдельными людьми и большими и малыми группами, с бизнес-организациями и внутриличностными психосоматическими переживаниями.

**8. Мастер-класс «Динамический гештальт ситуации». Опыт применения мультимодального подхода в гештальт перспективе в работе с сложными жизненными ситуациями».**

**Время проведения: 15.00-17.00, желтый зал.**

Ведущая: **Петрова Елена Юрьевна** – гештальт-терапевт, член Европейской ассоциации гештальт терапии, член ОППЛ, член Координационного Совета Гильдии психотерапии и тренинга (Санкт-Петербурга), директор по развитию Интегративного института гештальт тренинга, преподаватель института «Иматон».

Тема сложных ситуаций охватывает проблему, в которой переплетены личностные и социальные аспекты опыта. К ним относятся результаты социальных событий, ситуации миграции, изменение семейных обстоятельств, потеря или приобретение нового социального статуса, некоторые ситуации связанные с сексуальной тематикой, инцестуозные темы в отношениях.

Использование мультимодального многоуровневого подхода позволяет лучше различить динамику ситуации и оказать поддержку клиенту.

**9. Мастер-класс «Психохирургия или психотехники нового поколения».**

**Второй курс: Экспресс – реимпринтинг с помощью «Машины времени».**

**Время проведения: 16.00-19.00, сиреневый зал.**

Ведущий: **Васютин Александр Михайлович** – врач-психотерапевт, действительный член ОППЛ, тренер регионального уровня ОППЛ, автор 38 книг, в том числе книги «Психохирургия или психотехники нового поколения».

На мастер-классе представлен мультимодальный авторский метод лечения психосоматических расстройств и избавления от психологических проблем. Цель мастер-класса – обучение психологов и психотерапевтов авторскому методу интегрированного использования классического гипноза, нейролингвистического программирования, косвенного и прямого внушения, психоаналитически-ориентированной методики «Машина времени», символдрамы и самовнушения в одном сеансе.

**10. Мастер-класс «В поисках себя в этом неуютном теле», или психотерапия нарушений пищевого поведения».**

**Время проведения: 17.15-19.15, желтый зал.**

Ведущая: **Блох Мария Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, психиатр, психотерапевт Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, доцент кафедры клинической психологии Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга и кафедры психотерапии Восточно-Европейского института психоанализа.

В программе мастер-класса мы обсудим основные формы нарушений пищевого поведения и причины возникновения расстройств с точки зрения основных психотерапевтических теорий; выделим мишени психотерапевтического вмешательства; рассмотрим клинический случай клиентки, страдающей анорексией, с точки зрения возникновения симптома на фоне потери объекта; отработаем некоторые практические методы психокоррекционной работы.

**11. Мастер-класс «БЭСТ – универсальный метод телесно-ориентированной терапии, применяемый в реабилитации».**

**Время проведения: 17.45-20.00, малый зал.**

Ведущий: **Богданович Виталий Николаевич** – врач, писатель, психолог, действительный член Северо-Западного отделения трансперсональной психологии (ЕВРОТАСС), действительный член Балтийской педагогической академии, действительный член ОППЛ.

На мастер-классе будут подняты актуальные проблемы современной телесно-ориентированной терапии (ТОТ), как отдельного и перспективного направления, созданного Е.И Зуевым, основоположником отечественной ТОТ, которую он назвал БЭСТ (биоэнергосистемотерапия). Будет показана связь внутренних в внешних факторов, различие реакции организма и психики на стресс и дистресс. Участникам мастер-класса будут даны практические рекомендации.

**12. Мастер-класс «Давайте наведем порядок не только в головах, но и в гардеробах».**

**Время проведения: 18.15-21.00, большой зал.**

Ведущая: **Панфилова Наталья Александровна** – психолог, действительный член ОППЛ, профессиональный медиатор, супервизор и личный терапевт в модальности «Полиmodalная психотерапия» международного уровня, действительный член Федерации психологов-консультантов он-лайн, психолог-консультант психологического центра «Счастливая семья», имеет опыт работы со СМИ с 2000 года.

В качестве соведущих могут присоединиться:

**Попова Светлана Владимировна** – имидж-стилист, ведущий стилист компании женской дизайнерской одежды GLANCE, преподаватель Московского филиала Санкт-Петербургской школы телевидения, факультета журналистики МГУ им. Ломоносова, курса «Имиджелогия» Института репутационных технологий Арт&Имидж, курса «Система разработки и воплощения персонального имиджа» Имидж-центра «Идея-класс».

**Белянина Майя Денисовна** – стилист-консультант в магазине дизайнерской одежды I'llbeback. Имеет высшее образование, окончила курсы стилистов-имиджмейкеров. Обладает опытом участия в телепроектах и фотосъемках в качестве стилиста марки.



В эпоху мегапотребления людей стал пугать не только беспорядок в их головах, но и сущий бардак в их гардеробах. Причем, иногда непонятно, что пугает больше! А ведь эти ситуации взаимосвязаны. И то, как вы живете, о чем думаете и что чувствуете, где и кем работаете, а также с кем общаетесь, и куда ходите в свободное время - все это непременно отражается на вашем облике и, соответственно, на вашем гардеробе.

Я долго думала, что может быть полезно современному человеку в согласовании его внешнего образа и внутреннего состояния, и решила начать с самого простого – с разбора вашего образа. Итак, жду вас на своем мастер классе для анализа и разбора вашего образа.

### **13. Мастер-класс «Прощай, страдание. Здравствуй, жизнь».**

**Время проведения: 19.00-21.00, сиреневый зал.**

Ведущая: **Кулёва Елена Борисовна** – психолог, сертифицированный специалист в области позитивной и транскультуральной психотерапии, преподаватель института «Иматон», член Координационного Совета Гильдии психотерапии и тренинга, член Этического комитета Гильдии, эксперт Гильдии.

На мастер-классе будет представлен технологический прием «Прощальное письмо к симптому», который может быть использован вне контекста позитивной и транскультуральной психотерапии. Данный прием позволяет не только изменить отношение к проблеме, но и переформатировать сознание, начать совершать сознательные изменения стиля жизни. Клиент не только осознает роль симптома в его жизни, но и начинает самостоятельно изменять свою реальность.

### **14. Семинар «Снятие ограничений. Метафорические ассоциативные карты (МАК) как инструмент диагностики».**

**Время проведения: 19.30-21.00, желтый зал.**

Ведущая: **Таран Ирина** – тренер, коуч, консультант по организационному развитию и управлению персоналом. Имеет опыт работы в должности руководителя HR службы, руководителя направления кадрового консалтинга.

Мастер-класс адресован психологам, коучам, бизнес-тренерам в качестве инструмента в работе с ограничениями людей, а так же всем тем, кто активно работает над своим личностным ростом и саморазвитием, всем, кто заинтересован в качественном изменении собственной жизни. На семинаре вы научитесь работать с телесными маркерами. С помощью МАК вы сможете в течение пяти минут находить проблемные зоны, ограничивающие убеждения, непродуктивные установки, прояснять причины, стоящие за проблемным поведением человека. На практике отработаете несколько техник, а значит, уберете проблемные моменты из Вашей жизни.

### **15. Мастер-класс «Профессиональная полимодальная групповая супервизия».**

**Время проведения: 10.30-13.30, большой зал.**

Ведущие:

**Жуков Александр Сергеевич** – психолог, действительный член ОППЛ, психотерапевт единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, сертифицированный супервизор ОППЛ, доцент МОКПО. Россия, Новосибирск.

**Лях Игорь Вячеславович** – врач-психотерапевт, действительный член ОППЛ, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, Председатель комитета по супервизии ОППЛ, действительный супервизор ОППЛ, официальный представитель ЦС ППЛ в Западной Сибири, Руководитель Новосибирского регионального отделения ОППЛ. Россия, Новосибирск.

Супервизия – это эффективная форма обмена опытом, роста и поддержания профессионализма. Она создаёт необходимые условия для эффективной работы специалиста и возможность коллегиального контроля её качества. Именно супервизионный процесс позволяет гармонично включать инновационные составляющие в повседневную практику специалиста.

Мастер класс предназначен для специалистов помогающих профессий. В формате полимодальной групповой супервизии будут рассмотрены реальные случаи из практической работы специалистов, а также будет проведен дидактический разбор рассмотренных случаев.

### **16. Мастер-класс «Использование методики «Маски» для построения временной перспективы при психологической травме. Работа с Прошлым, Настоящим и Будущим».**

**Время проведения: 13.45-16.30, большой зал.**

Ведущие:

**Земляных Марина Веанировна** – кандидат медицинских наук, психиатр, психотерапевт, член Российской ассоциации детских психиатров и психологов, член Международного сообщества по предотвращению насилия над детьми, международный консультант Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ), доцент кафедры клинической психологии Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга. Россия, Санкт-Петербург.

**Лебедева Татьяна Геннадьевна** – психолог-консультант, педагог-психолог Службы межведомственного взаимодействия на базе СПб ГБУ СО социальный приют для детей «Транзит» (психологическое сопровождение несовершеннолетних, пострадавших от сексуального насилия, в ходе суда и следствия и психологическая реабилитация несовершеннолетних и их семей), лауреат XVII Российского национального психологического конкурса «Золотая Психея» в номинации «Книга года по психологии» за разработку методических материалов «Психолог-помощник следователя». Россия, Санкт-Петербург.

**Солнцева Наталия Владимировна** – кандидат психологических наук, психолог-консультант, доцент кафедры психологии человека Института Психологии Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, автор и ведущий программы «Мастер групповой работы» и «Корпоративный тренер» в тренинговой компании ЛИОНА. Россия, Санкт-Петербург.

Маски — неотъемлемый атрибут человеческой культуры. Маски играли и продолжают играть большую роль в становлении самосознания человека и человечества в целом. Их применение многообразно и вариативно. Маски — универсальный механизм работы с большим количеством задач, возникающих на жизненном пути человека. Сегодня этот механизм пришел в психологическую и психотерапевтическую практику. Пришел также многообразно и вариативно.

В своей практике ведущие не сразу пришли к использованию масок. Первоначально использовать маски они стали в работе с детьми, подвергшимися наихудшим формам сексуального насилия, так как другие методы были не эффективны для решения ряда важных вопросов реабилитации таких детей. Постепенно применение масок сформировалось в четкую технологию. Этот метод стал использоваться для решения большого круга вопросов, не только с детьми, пережившими психологическую травму, их родителями, но и с другими категориями клиентов.

Сегодня «Маски» — это достаточно простая, но при этом очень глубокая и многогранная методика, которая обогащает репертуар специалиста и помогает в решении большого количества проблем. На своем мастер-классе ведущие хотят поделиться одним из вариантов работы с методикой «Маски» для решения сложного вопроса — построения временной перспективы: работа с прошлым, интеграция его в настоящее и построение образа будущего.

В процессе мастер-класса будут рассмотрены следующие вопросы:

Что такое Маски. Возможности использования Масок в психотерапевтической практике.

Последствия психологической травмы, в работе с которыми эффективно применение методики «Маски».

Особенности временной перспективы при психологической травме.

Специфика использования методики «Маски» в работе с детьми, пострадавшими от насилия, в том числе наихудших форм сексуального насилия (на примере реальных масок, изготовленных детьми, пострадавшими от разных форм насилия).

Пошаговая инструкция работы технологии «Маски: Прошлое, Настоящее и Будущее» при работе с временной перспективой.

Психотерапевтические возможности данной методики (на примере создания собственных масок).

#### **17. Мастер-класс «Ресурсная психотерапия в работе с бесплодием».**

Время проведения: 16.35-18.10, большой зал.

Ведущая: **Коваленко Наталья Петровна** – доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой социальной психологии БГИ, президент Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины, академик Медико-технической академии (Москва), руководитель секции "Ресурсная психотерапия" ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

**21.00-21.30. Дискуссия, обмен мнениями.**

**Всем участникам мастер-классов Международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование — грани исследуемого» выдаются накопительные сертификаты ОППЛ. Набранные часы входят в программу обучения для присвоения статуса аккредитованного и сертифицированного консультанта, для получения Европейского и Всемирного Сертификата психотерапевта.**

**Участие в тренингах платное, регистрация участников обязательна.**

**Адрес:** Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 1А. Психологическая служба «Орион-С».

**Запись для участия и дополнительная информация:**

**Саятулина Елена** — менеджер РО ОППЛ в Санкт-Петербурге,

**Тел.:** +7 (911)198-69-67, **e-mail:** elena-prl@ya.ru

**Румянцева Инга Викторовна** — вице-президент Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, председатель регионального отделения ОППЛ в Санкт-Петербурге и Северо-западном федеральном округе,

**Тел.:** +7 (911) 221-33-32, **e-mail:** lng900@yandex.ru

**Стоимость участия:** 2000 рублей.

Для студентов дневного отделения — 1000 рублей.

**Скидки:**

15% действительным членам Профессиональной Психотерапевтической Лиги,

10% консультативным членам Профессиональной Психотерапевтической Лиги,

5% наблюдательным членам Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

# СТАТЬИ

## ВЛИЯНИЕ КУЛЬТУРЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ\*

**Агарков Всеволод Александрович**, Учреждение Российской академии наук Институт психологии РАН, лаб. психофизиологии им. В.Б. Швыркова, к. психол.н.

**Бронфман Светлана Ароновна**, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, Лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ, к.м.н.

\* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект "Образ психотерапевта и представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи как факторы социально-медицинской адаптации", № 15-06-10923

**Аннотация.** В статье проанализировано возможное влияние, которое оказывает особенности культуры и социально-психологические факторы на ожидания пациентов в отношении психотерапии. Рассмотрена содержательная сторона понятия "ожидания пациентов в отношении психотерапии". Подчеркнута важность изучения ожиданий пациентов в свете той роли, которую играет расхождение между ожиданиями пациента и тем, что составляет параметры и процесс психотерапии, в явлении преждевременного прерывания психотерапии. Анализ влияния культуральных факторов основан на параметрической модели культуры голландского социолога Герта Хофстеде. Показано, что некоторые виды психотерапии, например, психодрама и когнитивно-поведенческая психотерапия, являются более "конгруэнтными" системе характеристик российской культуры, приведенных Г. Хофстеде, тогда как другие, например, психоанализ, скорее диссонируют с направленностью организации индивидуального опыта, которая задается культурой. Социально-психологические детерминанты ожиданий в отношении психотерапии рассматриваются с позиции теории планируемого поведения (ТПП) Эйджена и Фишбеяна. Рассмотрены основные понятия ТПП и их роль как детерминантов ожиданий в отношении психотерапии: намерение, установка, поведенческий контроль, субъективные нормы и убеждения. Кроме того, в статье уделено внимание социодемографическим факторам, которые могут оказывать влияние на ожидания в отношении психотерапии.

**Ключевые слова:** ожидания от психотерапии, эффективность психотерапии, факторы социального окружения, убеждения, доверие к психотерапии, образовательная функция психотерапевта, представления о психотерапии.

### Введение

К одной из наиболее важных проблем в практике психотерапии относится проблема ее преждевременного прерывания [19, 20, 32]. Негативный эффект преждевременного прерывания сказывается на всех участниках психотерапевтического процесса – прежде всего, на самом пациенте. Согласно результатам мета-анализа, проведенного Свифтом и Каллаханом [34, 35], пациенты, прервавшие психотерапию, предпочитают мириться со своими страданиями, если им не обещают существенного облегчения их страданий за короткий срок. Согласно данным исследований продолжительности терапии [25, 27], проведенных в США в период с 1948 по 1989 г., медианный показатель количества сеансов, посещаемых пациентами перед прерыванием терапии, группировался вокруг отметки 6 сессий. Более половины пациентов прерывают терапию после первых 2-4 сессий. Сопоставление ожиданий эффективности терапии у пациентов и реальных показателей улучшения в ходе психотерапии демонстрирует существенное расхождение между первым и вторым. Так, пациенты ожидают, что для достижения существенного прогресса и улучшение их функционирования в результате психотерапии будет достаточно 6 терапевтических сессий, тогда как эмпирические данные показывают, что значимые изменения происходят где-то в районе 15-20 сессии. Согласно данным, полученным Зальцманом и его коллегами [32], показатели преждевременного прерывания терапии зависят: от ожиданий пациента в отношении того, что именно будет делать и как будет себя вести психотерапевт, а также от процесса конвергенции между ожиданиями пациента и установками терапевта. Преждевременные завершения терапии встречаются в практике терапевтов всех без исключения направлений.

Большинство специалистов, независимо от приверженности той или иной терапевтической системе, придают важное значение фактору веры пациента в успешность лечения [9, 12]. Вера, или позитивные ожидания пациента, являются суммой позитивных установок, направленных на терапию как институционализированную форму социальной помощи, на конкретную ее форму, на терапевта, который эту помощь оказывает.

Термин "клиентские ожидания" является многоаспектным [1, 21, 26, 28, 30, 31, 36]. Некоторые авторы используют данный термин для обозначения степени уверенности клиента относительно положительного результата или эффективности психотерапевтических интервенций в решении его проблем при обращении к конкретному терапевту и выборе того или иного вида терапии. Другие авторы относят к клиентским ожиданиям дотерапевтические представления клиента о том, что представляют собой и как осуществляются терапевтические процедуры, в чем состоят роли терапевта и клиента, какова продолжительность сессии и терапии. Таким образом, в конструкте "клиентские ожидания", по-видимому, можно выделить следующие аспекты.

Во-первых, ожидания пациента в отношении внешних характеристик психотерапевтического процесса: продолжительность терапии, необходимая для того, чтобы произошли перемены к лучшему; количество, частота и продолжительность сессий; как, кем, когда и в каком объеме осуществляется оплата за терапию; правило о пропусках сессий; место встреч; участие третьих сторон (например, администрации и персонала лечебного учреждения, страховой компании, родственников и других близких людей), и т.д.

Во-вторых, представления пациента о терапевте: его внешнем облике, чертах личности, паттернах межличностного взаимодействия, поведении на сессии, интервенции и действия, направленные на решение задач и достижения целей психотерапии.

В-третьих, представления пациента о своей собственной роли: как он должен вести себя на сеансах для того, чтобы получить пользу от психотерапии.

В-четвертых, у пациента может быть интуитивное знание и/или более или менее рефлексивные идеи о том, что будет для него полезным и в какой именно помощи он нуждается в данный момент.

Эти четыре аспекта клиентских ожиданий можно обозначить следующим образом: (1) "не-процесс" или "сеттинг"; (2) "личность и роль терапевта" (3) "роль пациента" (4) "процесс".

### **Фактор культуры в формировании клиентских ожиданий в отношении психотерапии**

Клиентские ожидания детерминированы факторами, относящимися к разным уровням. Видимо, при анализе ожиданий в отношении психотерапии реальных и потенциальных пациентов необходимо учитывать следующие уровни детерминации: культурный, социально-психологический, интерперсональный и индивидуальный [1].

Человек не "усваивает" содержание культуры, а формирует в ней свой опыт. При том, что формирование субъективного опыта детерминировано культурой, было бы заблуждением полагать, что культура оказывает на поведение причинное воздействие [2].

Современный голландский социолог Герт Хофстеде [29] определяет 5 основных измерений культуры: дистанцированность власти, индивидуализм, маскулинность/феминность, избегание неопределенности, ориентация на долгосрочную/краткосрочную перспективу. Позже к основным параметрам был добавлен шестой – потворство желаниям/сдержанность. Между параметрами культуры Хофстеде и показателями пяти личностных диспозиций "Большая пятерка" (нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, доброжелательность и добросовестность). Так, 55 % дисперсии между странами по параметру "нейротизм" могут быть объяснены сочетанием "избегания неопределённости" и "маскулинности", 39 % дисперсии между странами по параметру "экстраверсия" – одним только параметром "индивидуализм".

Дистанцированность власти. Этот параметр определяет отношение в культуре к неравенству в распределении власти между людьми. Терапевтические отношения по определению являются ассиметричными, однако степень директивности варьируется в зависимости от вида терапии. Так, психоанализ относится к наименее директивным видам психотерапии, так как пациенту предоставляется полная свобода вербального выражения и аналитик занимает, главным образом, пассивную позицию наблюдателя и комментатора. В таких видах терапии, как, например, когнитивно-поведенческая терапия, психодрама, психотерапевт занимает более активную позицию, структурирует, "режиссирует" происходящее на сессии, дает и проверяет домашние задания (в КПТ). Россия относится к наиболее централизованным странам, в которой между теми, кто обладает властью и теми, кто не обладает властью, установлена огромная дистанция. Символам статуса придается решающее значение. Поведение должно отражать и репрезентировать статусные роли во всех видах социальных интеракций и выстраиваться по траектории сверху вниз. Подчиненные ожидают, что им скажут что делать.

Индивидуализм. Этот параметр определяет степень независимости, которая поддерживается в обществе между его членами. Т.е. в каких терминах человек определяет образ себя – "я" или "мы". В России человек, который собирается куда-то с друзьями, скорее скажет: "Мы идем с друзьями туда-то", а не "Я иду с друзьями". В общественных местах, в транспорте, часто можно услышать вопрос, обращенный к рядом стоящему человеку, сформулированный с позиции "мы-сознания": "Выходим?" Россия принадлежит к коллективистским культурам, в которых члены группы получают защиту и поддержку от своего "клана" в обмен на лояльность, взаимоотношение важнее поставленной задачи, чувство стыда является одним из доминирующих и вызвано воспринимаемым нарушением норм. Цель образования, как мы можем предположить, состоит в том, чтобы научиться, как действовать.

Маскулинность/феминность. Основной движущей силой в маскулинных обществах выступает соревновательность, конкуренция, стремление к успеху и достижениям. В феминных (низкие баллы) в системе ценностей доминирует забота о других и качество жизни. В феминных обществах показателем успеха является качество жизни, в то же время считается неприличным выбиваться из общего фона. Доминантное поведение приемлемо от босса, но не от коллег. По этому параметру российская культура получила оценки близкие к средним с небольшим перевесом в сторону феминности. Хофстеде отмечает, что преобладающим паттерном поведения русских при встречах с незнакомыми, особенно с иностранцами, является склонность недооценивать свои достижения, способности, усилия.

Избегание неопределенности. Высокие значения этого параметра означают стремление контролировать будущее, низкие – позволение событиям просто происходить. Высокие значения по этому параметру для России отражают тот факт, что люди в нашем обществе чувствуют сильную тревогу, угрозу в двусмысленной ситуации, поэтому требуется внешняя структура, строгие нормы и правила, которые помогли бы справиться с этой тревогой. Индивиды, принадлежащие культуре с высокими показателями по этому параметру более эмоциональны (высокий уровень нейротизма), склонны к осуждению отклонений во мнениях и вере в существование абсолютной истины. Для носителей российской культуры свойственно

восприятие как угрозы свойственной жизни неопределенности, и постоянная борьба с этой воспринимаемой угрозой. Для высокой степени избегания неопределенности свойственны также более частые жалобы на состояние личного здоровья и уровень благосостояния. Представители таких профессий, как учителя, врачи, психотерапевты, должны знать ответы на все вопросы.

Ориентация на долгосрочную/краткосрочную перспективу. Россия относится к культурам с ориентацией на краткосрочную перспективу, с опорой на такие добродетели, как национальная гордость, уважение к традициям. Культуры с краткосрочной перспективой ориентированы на достижение абсолютной истины, быстрый результат и с недоверием относятся к инвестициям в будущее. В культурах с краткосрочной ориентацией доминирует установка по поводу добра, зла и истины, ценность потребления, а не инвестиций и/или сбережения, ориентация на прошлое и настоящее – все хорошее или уже было или происходит сейчас.

Потворство желаниям/сдержанность. Согласно данным Хофстеде, значение этого параметра для культуры России составляет 20, что соответствует низким значениям и паттерну сдержанности. В социумах, получивших низкие оценки по этому параметру характерно ощущение беспомощности: то, что происходит со мной, не является результатом моих собственных действий; менее вероятны воспоминания о положительных эмоциях.

Таким образом, можно предположить, что при альтернативе психодрама (относительно краткосрочный групповой метод психотерапии) vs. психоанализ ожиданиям потенциального пациента, сформированным под воздействием культурных особенностей России, будет в большей степени соответствовать психодрама. Психодрама предоставляет возможность идентификации с группой, открывает простор "дионисийскому" самовыражению в действии, дает выход за рамки обыденного, но в то же время жестко структурируется директором (режиссером) группы, который наделен большой властью по сравнению с остальными участниками. Участники психодраматических групп часто говорят о сильном влиянии, которое оказывают на них групповые занятия, быстрых и "радикальных" изменений в их поведении, которые они связывают с этой психотерапией. Таким образом, удовлетворяется ожидание быстрого результата. Психоанализ (психоаналитическая психотерапия), в противоположность формату психодрамы, относится к недирективным методам психотерапии, роль аналитика пассивна, пациент с самого начала находится в двусмысленной ситуации – предполагается, что он или она будет свободно ассоциировать. Психоанализ также предполагает идею долгосрочных инвестиций в будущее. Пациенту приходится довольно долго ждать, чтобы понять, приносит ли плоды его работа с психоаналитиком. При этом результаты психоанализа часто выражаются не в освоении новых способов поведения или навыков, но в изменении восприятия, мышления, в аффективной сфере.

Наблюдения отечественных клиницистов согласуются с объяснением, которое предлагает модель Хофстеде. Так, Карвасарский отмечает, что российские пациенты, начиная психотерапию, стремятся перенести всю или почти всю ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта: "Я просто хочу, чтобы мне стало лучше. Спрашивайте вы, самому мне трудно говорить. Делайте что-нибудь, помогайте мне!". Пациенты часто представляют свою роль в терапии как пассивного реципиента чудодейственных манипуляций психотерапевта и/или его советов, крайне далеки от восприятия терапии как совместной работы, требующей усилий и активности не только терапевта, но и пациента. Российские пациенты, по-видимому, в большей степени склонны ожидать от психотерапевта директивного поведения, видят его в роли руководителя и хотят от него направляющих инструкций, указаний, руководства, активных действий. Совместное исследование внутреннего мира пациента – основа психодинамического подхода – в такой ситуации является трудновыполнимой задачей. От психотерапевта ожидают действия и/или совета. Типична также вера в "магию белого халата".

### **Социально-психологические детерминанты клиентских ожиданий в отношении психотерапии**

Теория планируемого поведения (ТПП) И.Эйджена и М.Фишбеина [14, 24] посвящена ближним детерминантам поведения. Центральным фактором ТПП является намерение субъекта исполнить конкретное поведение. Чем сильнее намерение, тем больше вероятность того, что поведение будет исполнено. Так, при прогнозировании поведения "пройти психодинамическую терапию для улучшения самочувствия и изменений в отношениях с другими людьми" необходимо учитывать намерение "пройти психодинамическую терапию...", а не намерение "улучшить отношение", "чувствовать себя хорошо" и т.д. В ТПП постулируется 3 концептуально независимых детерминанты намерения: (1) установка (У) в отношении поведения означает благоприятную или неблагоприятную оценку результатов поведения или затрат на его осуществление; (2) субъективные нормы (СН) – воспринимаемое социальное давление (в случае терапии – вопросы отношения к психиатрическим расстройствам и прохождению психотерапии) в отношении исполнения и неисполнения поведения; (3) воспринимаемый и поведенческий контроль (ВПК) – оценка легкости или сложности исполнения конкретного поведения. В ТПП в качестве превалирующих детерминант установок рассматривают так называемые явные (salient) убеждения: (А) поведенческие убеждения – те, что оказывают влияние на установки в отношении поведения (поведению будет присвоена (одновременно и автоматически) оценка атрибутов, связанных с поведением); (В) нормативные убеждения отражают представления об одобрении или неодобрении референтными лицами или группой исполнения данного поведения. (С) убеждения, имеющие отношение к поведенческому контролю. Что касается норм, то в ТПП принято различать описательные и запретительные нормы [22, 23]. Пример описательной нормы: в проживающие в данном районе или в данной социальной группе в трудных ситуациях прибегают к помощи гадателей на картах таро или к помощи психотерапевта. Запретительные нормы относятся к одобрению или неодобрению референтной группой того или иного поведения. Когда субъекту известны описательные нормы, то это с большей степенью вероятности вызовет соответствующее поведение. Описательные и запретительные нормы действуют по-разному. Описательные нормы могут и усиливать и тормозить поведение. Например, в районе, где среднее потребление электроэнергии составляет 100 кВт, человек, потребляющий 150

кВт, снизит потребление, а потребляющий 50 кВт – увеличит. Что касается запретительных норм, в случае одобрения поведения референтной группой с большей степенью вероятности это поведение будет исполняться. Запретительные нормы могут быть социальными (общественными) и персональными. Общественные запретительные нормы – запрет обществом определенного поведения. Личные нормы – то, что индивид сам считает допустимым или недопустимым для себя. Социальные запретительные нормы особенно тесно связаны с удовлетворенностью жизнью. Если большинство в обществе считает, что проходить психотерапию зазорно, то человек будет чувствовать себя несчастным, оставаясь в психотерапии долгое время, и предпочтет, в случае необходимости, краткосрочную психотерапию, а не, например, психоанализ. В ТПП различают воспринимаемый и действительный поведенческий контроль. К действительному поведенческому контролю относятся ресурсы и возможности: чем большими ресурсами и возможностями для данного поведения обладает субъект, тем больше вероятность успеха поведения. Воспринимаемый поведенческий контроль – восприятие субъектом своей способности исполнить данное конкретное поведение. Проводя аналогию с ожиданиями – ценностная модель установки, принято, что воспринимаемый поведенческий контроль определяется общим набором доступных убеждений контроля, то есть убеждений о присутствии факторов, которые могут способствовать или же препятствовать исполнению данного поведения. ВПК отражает как прошлый опыт, так и предвидение препятствий и затруднений на пути выполнения поведения. В ТПП постулируется, что намерение может быть воплощено в конкретном поведении только в том случае, если поведение находится в сфере "поведенческого контроля". Что касается влияния ВПК на формирование ожиданий от психотерапии, то здесь необходимо понимать, как потенциальный пациент отвечает на вопросы о достаточности его временных, финансовых, физических ресурсов для прохождения того или иного вида психотерапии. При том, например, что пациент может считать психоаналитическую психотерапию желанной и полезной для себя, он может не располагать ни временными, ни финансовыми, ни иными ресурсами для ее прохождения. Например, дорога до офиса психотерапевта занимает слишком много времени, пациент может справедливо опасаться, что стресс на работе в сочетании с его эмоциональными реакциями в терапии может привести к негативному развитию его отношений с сотрудниками и в семье.

Ожидания обычной публики в отношении лечения часто отличаются от рекомендаций психиатрического лечения, основанного на эмпирических данных. Отношение к лечению психических расстройств, установки, система убеждений формируются в общении с членами семьи, родственниками, друзьями. Исследования отношения к психотерапии за рубежом среди "широкой публики" [26, 33] показали, что социодемографические данные выступают детерминантами предпочтений респондентов. Люди старшего поколения были более склонны рекомендовать обратиться за помощью к семейному доктору при проблемах эмоционального характера, при стрессе. Женщины чаще выбирали психотерапию и реже психотропные препараты и йогу/медитацию. В более старшей возрастной группе более вероятным был выбор естественных средств (обращение к другу или группе друзей), и менее – йоги/медитации. В другом исследовании оценивались предпочтения обычной публики в отношении разных видов психотерапии. Женщины в большей степени склонны выбирать психодинамическую психотерапию, чем мужчины. Мужчины выбирали когнитивную психотерапию почти в два раза чаще, чем женщины. Респонденты с опытом прохождения психотерапии (в том числе КПТ), чаще выбирали психодинамическую психотерапию.

Анализ ожиданий российских пациентов от психотерапии (этот конструкт, с некоторой долей условности, можно приравнять к *убеждениям* относительно доверия к психотерапии), как было показано выше, требует учета факторов социального окружения, в том числе учета социально-демографической ситуации современной России. Для советского общества было характерно отсутствие взаимосвязи культурного статуса и социально-экономического положения. Труд людей, занятых в науке, в том числе в сфере гуманитарных наук и в культуре, оплачивался, в среднем, ниже, чем труд рабочего. Советская номенклатурная элита состояла, главным образом, из людей с низким уровнем образования, враждебно настроенных по отношению к культуре (и психотерапии, как важной и особой части культуры). В современном российском обществе к качествам, которые способствуют повышению социального статуса, относятся одаренность, талант, уровень социализации, способность к обучению, общий кругозор, энергия, воля, наличие организационных способностей, но немалую роль играют и те качества, которые в крайнем своем проявлении входят в круг характеристик социопатических личностных расстройств: крайний индивидуализм, агрессивность и честолюбие в сочетании с низким уровнем культуры и невысокими требованиями морали.

В структуре российского общества, по мнению социологов, можно выделить следующие основные социальные слои: верхний, средний, базовый, нижний и "социальное дно" [6, 13]. К верхнему слою относятся элитные и близкие к ним группы, которые занимают ключевые позиции в аппарате государственного управления, экономических структурах и силовых органах. Значительную долю этого слоя составляют потомки советской партийной номенклатуры и сотрудников силовых структур. Большинство представителей среднего слоя в России, к которому относятся мелкие предприниматели, менеджеры средних и небольших предприятий, среднее звено бюрократии, старшие офицеры, наиболее квалифицированные рабочие и специалисты, не обладают значимым личным капиталом, достаточным для обеспечения независимости. Базовый социальный слой охватывает более 2/3 российского общества. К базовому слою относятся интеллигенция (специалисты) и так называемая полуинтеллигенция (помощники специалистов), технический персонал, работники массовых профессий торговли и сервиса, большая часть крестьянства. Главная задача представителей данной группы состоит в выживании в меняющихся условиях и сохранении достигнутого статуса. Исследования, проводимые под руководством О.И. Шкартана, показали, что в России произошло снижение численности двух основных социальных групп, формирующих средний класс в западных странах: частных предпринимателей (снижение с 2006 года до уровня 4%) и высококвалифицированных профессионалов (в два раза после 1994 г.). Несмотря на некоторые изменения в период с 1994 по 2012 г., все же приходится констатировать, что до настоящего времени в развитии социально-профессиональной

структуры российского общества не отмечено существенных сдвигов в сторону параметров, характеризующих структуру информационных постиндустриальных обществ. При этом следует отметить, что вероятными потребителями психотерапевтических услуг являются как раз представители среднего класса и интеллигенции (в меньшей степени – представители элит и т.н. базового социального слоя), и тенденции к снижению численности и, вероятно, снижению образовательного и культурного уровня представителей этих слоев, могут быть одним из важных факторов, ответственных за невысокое доверие к психотерапии как к методу лечения и "застой" в развитии психотерапии в нашей стране.

Так, по данным опроса 1500 граждан старше 18 лет *Фондом Общественного Мнения* (ФОМ), обращаемость к психотерапевтам и психологам с 2006 года снизилась на 20% и составляет на сегодняшний день всего 20%. При этом, по мнению опрошенных, доступность психотерапевтической помощи для них лично стала несколько больше (на 5%). За это же время на 8% увеличилось число респондентов, уверенных в том, что обращение к психологам или психотерапевтам не приносит пользы. При этом, по мнению профессионалов в области психического здоровья и социологов медицины, состояние психического здоровья населения современной России, отражая общемировые тенденции, вместе с тем отличается некоторыми особенностями, в основном, неблагоприятными. Среди последних надо отметить, что повышение распространенности непсихотических расстройств в большинстве развитых стран, усугубляется в России быстротой и драматизмом социально-экономических перемен [4, 5, 8, 9]. Согласно отечественной статистике, более 30% населения имеют психические нарушения и нуждаются в лечебной или консультативной помощи врача-психиатра или, чаще, психотерапевта или клинического психолога. От 30% до 50% лиц, обратившихся за помощью в соматические отделения стационаров и поликлиник, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, при этом скрытая заболеваемость, по мнению ряда специалистов, еще выше. По мнению Смулевича [10], в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается как минимум 15-20% населения России.

Характерной особенностью развития психотерапии в России стало параллельное формирование огромного сектора специфических услуг, который соответствует начальному "шаманскому" этапу развития психотерапии: в середине 2000-х годов в РФ было не менее 300 тысяч целителей, колдунов и пр. [3], услуги которых пользуются чрезвычайно высоким спросом у некоторых групп населения. При этом, по данным опросов врачей общемедицинской сети, рекомендацию обратиться к психотерапевту определенная часть населения воспринимает как оскорбление (такое мнение высказали более 50% опрошенных врачей), отождествляя понятия "психотерапия" и "психиатрия". По данным исследования А.А. Горбунова [4], при наличии оснований для обращения за психотерапевтической помощью, за помощью к психотерапевту или психологу обратятся не более 10% опрошенных. При этом преждевременно прервали лечение у психотерапевта более 65% пациентов. Среди причин прерывания назывались такие как занятость, недостаточная эффективность, а также опасения, что о лечении у психотерапевта могут узнать окружающие. Около 10% опрошенных пожаловались на отсутствие контакта с психологом или врачом-психотерапевтом, "непонимание" с их стороны.

Таким образом, среди потенциальных потребителей психотерапевтических услуг в нашей стране наблюдается снижение доверия к психотерапии, в небольшой степени связанное с опасением неодобрения получения психотерапевтической помощи со стороны референтной группы (друзья, коллеги, члены семьи и пр.). Иными словами, лечение у психотерапевта или психолога будет, скорее, связано со стыдом и небезопасностью. Вероятно, причинами такого отношения к психотерапевтическому методу лечения среди населения являются искаженные представления, связанные с недостатком информации, настороженностью по отношению к психиатрической помощи (тесно связанной в массовом сознании с психотерапией). Немаловажную роль в недостаточном уровне доверия к психотерапии может играть и отношение к ней врачей-интернистов, а также организаторов здравоохранения.

### **Заключение**

По-видимому, фактор культуры и социально-психологические детерминанты ожидания пациентов в отношении психотерапии вносят существенный вклад в расхождения между ожиданиями пациентов и параметрами тех или иных методов психотерапии. Создается впечатление, что на сегодняшнем этапе развития психотерапевтической помощи в нашей стране, особое значение приобретают образовательные социальные интервенции, направленные на знакомство пациентов с разными видами психотерапии, разъяснения ролей пациента и психотерапевта, принципов оказания психотерапевтической помощи. Вместе с тем, психотерапевтам следует уделять должное внимание культуральным и социально-психологическим аспектам ожиданий от психотерапии во время начальных интервью с пациентами для того, чтобы избежать реакции отторжения у пациента в отношении процедурного аспекта психотерапии и/или осложнения динамики терапевтических отношений, вплоть до быстрого и преждевременного прерывания психотерапии. В то же время, требуются усилия со стороны врачей-психотерапевтов и психологов-консультантов для разъяснения целей, задач и основ процесса психотерапии среди коллег-интернистов.

### **Список литературы**

1. Агарков В. А., Бронфман С. А. Ожидания пациентов от психотерапии. Психическое здоровье. – 2013. – №8. – С.52-60.
2. Александров Ю.И., Александрова Н.Л. Субъективный опыт, культура и социальные представления. – М.: Изд-во Институт психологии РАН, 2009. – 302 с.
3. Бойко Ю.П., Добридень В.П., Бойко А.Ю. О развитии российской психотерапии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – №4. – С.26-27.
4. Горбунов А. А. Социальные оценки оказания психотерапевтической помощи населению: дисс... канд.мед.наук. Волгоград, 2012. 26 с.

5. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети. Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – №5. – С.175-180.
6. Заславская Т.И. Современное российское общество: проблемы и перспективы. Общественные науки и современность. – 2004. – №5-6. – С.5-19.
7. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов. – Изд. 2-е, перераб. — СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
8. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья - общая ответственность. Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т.11, вып. 2. – С.5-6.
9. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. – М.: Издательский центр "Академия", 2010. – 368 с.
10. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. 256 с.
11. Татарников М.А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №1. – С. 7-11.
12. Фрейд З. Собрание сочинений в 10 томах. Дополнительный том. Сочинения по технике лечения. – М.: Фирма СТД, 2008. 440 с.
13. Шкаратан О.И., Ильин В.И. Социальная стратификация России и Восточной Европы. Сравнительный анализ. – М.: Издат. дом ГУ ВШЭ, 2006, с. 362
14. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2): 179-211
15. Barber J., Gallop R., Crits-Cristoph P., Frank A., et. al. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research* 2006; 16(2): 229-240
16. Berg A.L., Sandahl Ch., Clinton D. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2008; 81(3): 247-259
17. Bragesjö M., Clinton D., Sandell R. The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2004 (77): 297–307
18. Budden J.S., Sagarin B.J. Implementation Intentions, Occupational Stress, and the Exercise Intention–Behavior Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007 12(4): 391–401
19. Clarkin F.J., Fonagy P., Gabbard G.O., editors. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A Clinical handbook*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2010
20. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatic* 1996; 65(1): 29-35.
21. Clinton D., Bjorck C., Sohlberg S., Norring, C. Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? / *European Eating Disorders Review*, 2004, V. 12, P. 240-246
22. Conner M., Armitage C.J. Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology* 1998; 28(15): 1429-1464
23. Conner, M. Smith N., Mcmillan B. Examining normative pressure in the theory of planned behaviour: Impact of gender and passengers on intentions to break the speed limit. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social* 2003; 22: 252-263
24. Fishbein M., Ajzen I., *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1975
25. Frank J.D. The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry* 1959; 22: 17-39
26. Frövenholt J., Bragesjö M., Clinton D., Sandell R. How do experiences of psychiatric care affect the perceived credibility of different forms of psychotherapy? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2007 80: 205–215
27. Garfield S. Research on client variables in psychotherapy. In Bergin A.E., Garfield S. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, 1995: 190-227
28. Grantham R.J., Gordon M.E. The nature of preference. *Journal of Counseling and Development* 1986; 64(2): 396–400.
29. Hofstede, Geert *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context*. Online Readings in Psychology and Culture 2011, Unit 2. URL: <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol2/iss1/8>. DOI: 10.9707/2307-0919.1014
30. Riedel-Heller S.G. Matschinger H., Angermeyer M.C. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40(2): 167-174
31. Rosen A. Client preferences: An overview of the literature. *The Personnel and Guidance Journal* 1967; 45(8): 785–789
32. Saltzman C., Luetgert M.J., Roth C.H., et.al. Formation of Therapeutic Relationships: Expectancies During the Initial Phase of Psychotherapy as Predictors of Treatment Duration and Outcome // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, V. 44, Issue 4, P. 267-273
33. Sandell R., Clinton D., Frövenholt J., Bragesjö M., Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2011; 84(3)
34. Swift J., Callahan J. Early Psychotherapy Processes: An Examination of Client and Trainee Clinician Perspective Convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2009; 16: 228–236
35. Swift J.K., Callahan J.L. The Impact of Client Treatment Preferences on Outcome: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65(4): 368—381



36. Van H.L., Dekker J., Koelen J., Kool S., Van Aalst G., Hendriksen M., Peen J., Schoevers R. Patient preference compared with random allocation in short-term psychodynamic supportive psychotherapy with indicated addition of pharmacotherapy for depression. *Psychotherapy Research* 2009 March; 19(2): 205-212

### THE INFLUENCE OF CULTURE AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS ON PATIENTS' EXPECTATIONS TOWARDS PSYCHOTHERAPY\*

\*The study is supported by the grant of Russian Foundation for Basic Research, N. 15-06-10923

**Vsevolod Agarkov**, Institution of Psychology, Russian Academy of Sciences, Shvyrkov V.B. laboratory of psychophysiology, candidate of psychological sciences.

**Bronfman Svetlana Aronovna**, First I.M. Sechenov MSMU of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, laboratory for the development and introduction of new non-drug therapies, candidate of medical sciences.

**Summary.** In the article we analyze the possible influence which renders features of culture and social and psychological factors on expectations of patients concerning psychotherapy. The different aspects of the term "expectation of patients concerning psychotherapy" are considered. There is an emphasis on studying patients' expectations towards psychotherapy in the light of the role which a divergence between expectations of the patient and what makes parameters and process of psychotherapy plays in the phenomenon of drop-out. The analysis of influence of cultural factors is based on parametrical model of culture of the Dutch sociologist Geert Hofstede. It is shown that some types of psychotherapy, for example, psychodrama and cognitive-behavioural psychotherapy, are more "congruent" to the system of the characteristics of the Russian culture according to G. Hofstede whereas others, for example, psychoanalysis, rather discord with an orientation of the organization of individual experience which is set by culture. Social psychological determinants of expectations concerning psychotherapy are considered from a prospect of the theory of planned behavior (TPB) of Ajzen and Fishbein. The basic concepts of the TBP and their role as determinants of expectations towards psychotherapy are considered: intention, attitude, behavioural control, subjective norms and beliefs. Besides, in the article attention is paid to socio-demographic factors which can exert impact on expectations concerning psychotherapy.

**Keywords:** expectations towards psychotherapy, efficiency of psychotherapy, factors of the social environment, belief, trust to psychotherapy, educational function of the psychotherapist, concept of psychotherapy.

### References

1. Agarkov V. A., Bronfman pp. A. Ozhidaniia patsientov ot psikhoterapii [Subjective experience, culture and social representations]. *Psikhicheskoe zdorov'e*. [Mental Health], 2013. no.8, pp.52-60.
2. Aleksandrov Iu.I., Aleksandrova N.L. Sub'ektivnyi opyt, kul'tura i sotsial'nye predstavleniia [Subjective experience, culture and social representations]. M.: Izd-vo Institut psikhologii RAN [Institute of Psychology of RAS publishing house], 2009. p. 302
3. Boiko Iu.P., Dobriden' V.P., Boiko A.Iu. O razvitiu rossiiskoi psikhoterapii. [About development of the Russian psychotherapy] *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine], 2004, no.4, pp.26-27.
4. Gorbunov A. A. Sotsial'nye otsenki okazaniia psikhoterapevticheskoi pomoshchi naseleniiu [Social estimates of rendering the psychotherapeutic help to the population] (dissertation). Volgograd, 2012.
5. Drobizhev M.Iu. Rasprostranennost' psikhicheskikh rasstroistv v obshchemeditsinskoii seti. [Prevalence of mental disorders in all-medical network.] *Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia*. [Psychiatry and Psychopharmacotherapy.], 2002, no.5, pp.175-180.
6. Zaslavskaiia T.I. Sovremennoe rossiiskoe obshchestvo: problemy i perspektivy. [Modern Russian society: problems and prospects.] *Obshchestvennye nauki i sovremennost'*. [Social Sciences and Present.], 2004, no.5-6, pp.5-19.
7. Karvasarskii B. D. Psikhoterapiia: ucheb. dlia vuzov. [Psychotherapy: Handbook for higher education institutions.] Izd. 2-e, pererab. — SPb.: Piter, 2002. p. 672
8. Krasnov V.N. Okhrana psikhicheskogo zdorov'ia - obshchaia otvetstvennost'. [Mental health care - shared responsibility.] *Sotsial'naia i klinicheskaiia psikhiatriia*. [Social and clinical psychiatry.], 2001, 11(2), pp.5-6.
9. Sokolova E.T. Psikhoterapiia: teoriia i praktika. [Psychotherapy: theory and practice.] M.: Izdatel'skii tsentr "Akademiia", 2010, p. 368
10. Smulevich A.B. Depressii v obshchei meditsine: Rukovodstvo dlia vrachei. [Depressions in the general medicine: Guidance for Doctors] M.: MIA, 2007, p. 256
11. Tatarnikov M.A. Obshchestvennaia otsenka meditsinskoii pomoshchi naseleniiu Moskovskoi oblasti. [Public assessment of medical care to the population of the Moscow region.] *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine.] 2003, no.1, pp. 7-11.
12. Freud Z. Sobranie sochinenii v 10 tomakh. Dopolnitel'nyi tom. Sochineniia po tekhnike lecheniia. [Collected works in 10 volumes. Additional volume. Writings on technic of treatment.] M.: Firma STD, 2008, p. 440
13. Shkaratan O.I., Il'in V.I. Sotsial'naia stratifikatsiia Rossii i Vostochnoi Evropy. Sravnitel'nyi analiz. [Social stratification of Russia and Eastern Europe. Comparative analysis.] M.: Izdat. dom GU VShE, 2006, p. 362
14. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2): 179-211
15. Barber J., Gallop R., Crits-Cristoph P., Frank A., et. al. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research* 2006; 16(2): 229-240

16. Berg A.L., Sandahl Ch., Clinton D. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2008; 81(3): 247-259
17. Bragesjö M., Clinton D., Sandell R. The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2004 (77): 297–307
18. Budden J.S., Sagarin B.J. Implementation Intentions, Occupational Stress, and the Exercise Intention–Behavior Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007 12(4): 391–401
19. Clarkin F.J., Fonagy P., Gabbard G.O., editors. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A Clinical handbook*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2010
20. Clinton D. Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatic* 1996; 65(1): 29-35.
21. Clinton D., Björck C., Sohlberg S., Norring, C. Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? / *European Eating Disorders Review*, 2004, V. 12, P. 240-246
22. Conner M., Armitage C.J. Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology* 1998; 28(15): 1429-1464
23. Conner, M. Smith N., Mcmillan B. Examining normative pressure in the theory of planned behaviour: Impact of gender and passengers on intentions to break the speed limit. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social* 2003; 22: 252-263
24. Fishbein M., Ajzen I., *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1975
25. Frank J.D. The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry* 1959; 22: 17-39
26. Frövenholt J., Bragesjö M., Clinton D., Sandell R. How do experiences of psychiatric care affect the perceived credibility of different forms of psychotherapy? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2007 80: 205–215
27. Garfield S. Research on client variables in psychotherapy. In Bergin A.E., Garfield S. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, 1995: 190-227
28. Grantham R.J., Gordon M.E. The nature of preference. *Journal of Counseling and Development* 1986; 64(2): 396–400.
29. Hofstede, Geert *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context*. Online Readings in Psychology and Culture 2011, Unit 2. URL: <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol2/iss1/8>. DOI: 10.9707/2307-0919.1014
30. Riedel-Heller S.G. Matschinger H., Angermeyer M.C. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40(2): 167-174
31. Rosen A. Client preferences: An overview of the literature. *The Personnel and Guidance Journal* 1967; 45(8): 785–789
32. Saltzman C., Luetgert M.J., Roth C.H., et.al. Formation of Therapeutic Relationships: Expectancies During the Initial Phase of Psychotherapy as Predictors of Treatment Duration and Outcome // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, V. 44, Issue 4, P. 267-273
33. Sandell R., Clinton D., Frövenholt J., Bragesjö M., Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2011; 84(3)
34. Swift J., Callahan J. Early Psychotherapy Processes: An Examination of Client and Trainee Clinician Perspective Convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2009; 16: 228–236
35. Swift J.K., Callahan J.L. The Impact of Client Treatment Preferences on Outcome: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65(4): 368—381
36. Van H.L., Dekker J., Koelen J., Kool S., Van Aalst G., Hendriksen M., Peen J., Schoevers R. Patient preference compared with random allocation in short-term psychodynamic supportive psychotherapy with indicated addition of pharmacotherapy for depression. *Psychotherapy Research* 2009 March; 19(2): 205-212

## **ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Александров Артур Александрович**, профессор кафедры психологии Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) — это краткосрочная модель психотерапии, основанная на психологии отношений В.Н. Мясищева. Основной мишенью АКТА является внутриличностная проблематика и лежащая в ее основе неадекватная система отношений. К осознанию внутреннего конфликта АКТА идет через разыгрывание внешних конфликтов с воображаемыми значимыми фигурами из прошлой и настоящей жизни пациента. «Диалог-встреча» с эмоционально значимой фигурой обостряет внутренний конфликт и тем самым делает его более прозрачным и доступным для психотерапевтических воздействий. Через осознание роли своей личности в возникновении межличностного конфликта пациент подходит к осознанию неадекватных отношений, лежащих в основе его внутреннего конфликта.

В АКТА история жизни пациента, его личность, патогенная конфликтная ситуация обсуждаются в самом начале психотерапии в рамках «предварительного интервью», в процессе которого терапевт стремится к определению зоны конфликтных отношений и идентификации эмоционально значимых фигур, которые оказывали или оказывают влияние на жизнь пациента. Это, прежде всего, родители и другие близкие фигуры из детства и отрочества, под влиянием которых формировалась неадекватная система отношений, а также лица, вовлеченные в актуальный конфликт. Проработка

отношений со значимыми фигурами — необходимое условие для интеграции генетического и интерперсонального осознания, что является главной задачей психодинамического подхода. Идентификация значимых объектов на этапе предварительного интервью, которое в ряде случаев может продолжаться более одного сеанса, важна не только для понимания психогенеза эмоциональных проблем пациента, но необходима также для последующего структурирования терапевтического процесса. Когда значимый материал идентифицирован, структура психотерапевтических сессий меняется: каждая сессия состоит теперь из двух блоков: беседы терапевта с пациентом и диалога пациента с воображаемым другим. Преследуя одну стратегическую цель — коррекцию нарушенных отношений — эти блоки имеют разные тактические задачи.

*Значение беседы.* Содержанием беседы, предваряющей диалог, является анализ отношений пациента с конкретным эмоционально значимым лицом. Эта беседа носит конфронтационный характер. Источником конфронтации является терапевт: он сталкивает пациента с противоречивыми фактами, высказываниями и чувствами, задает провокационные вопросы. Цель — расшатать убеждения пациента, посеять сомнения, побудить пациента к критической оценке ситуации и своей роли в ней. В то же время терапевт использует эмпатию, однако, в отличие от роджерсианской точки зрения, занимает более активную позицию. В ходе беседы терапевт «нащупывает» слабые места в позиции пациента, отслеживает проявления его сопротивления (на вербальном и невербальном уровнях) и в нужный момент предлагает перейти от рассказа к действию — проигрыванию диалога.

*Значение диалога.* Диалог — кульминация терапевтического сеанса. Цель — достижение катарсиса. Для осознания неосознанных чувств, мотивов, переживаний и разрешения внутренних противоречий необходимо активное участие в этом диалоге терапевта, который играет роль дублера («второго Я» пациента). Дублер говорит то, что сам пациент (протагонист) в данной ситуации высказать не может или не осмеливается. Он стремится быть «внутренним голосом», вскрывать тайные мысли, чувства и желания. Необходимо отстраниться от своих собственных потребностей, чувств и представлений и непредубежденно вчувствоваться в пациента и его ситуацию.

Воображаемый собеседник служит экраном для проекции Я: все действие происходит во внутреннем мире пациента. В отличие от классической психодрамы в АКТА результативной силой является не внешнее взаимодействие с другими участниками группы, а внутреннее действие — переживание-деятельность. Внешнее же действие — смена стульев — необходимо для более четкого разведения внутренних голосов. В психоанализе процесс, посредством которого человек представляет, что он находится внутри некоторого объекта, внешнего по отношению к себе, называется «проективной идентификацией». По существу диалог в АКТА — это проигрывание проективной идентификации.

Пространственная конфигурация расположения пациента, воображаемого собеседника и терапевта имеет форму треугольника, вершину которого занимает терапевт, а в основании разведены по углам пациент («Я пациента») и воображаемый собеседник на пустом стуле («проекция Я», «альтер эго»). Терапевт прибегает к дублированию. В отличие от классической психодрамы терапевт дублирует и пациента и его воображаемого собеседника. Двойное дублирование — вербализация и конфронтация терапевтом противоречивых чувств и желаний пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта — это инновационная техника АКТА, с помощью которой значительно усиливается катартический эффект диалога. В процессе диалога, в отличие от беседы, источником конфронтации становится сам пациент, последовательно отождествляясь с проецированными аспектами своего внутреннего конфликта.

Важным условием успешности диалога является отождествление терапевта с пациентом, что, в свою очередь, обеспечивает самоотождествление пациента. Терапевт, прибегая к технике двойного дублирования, последовательно отождествляется с каждой из сторон внутреннего конфликта, усиливая «голос» той, которая недостаточно осознается пациентом. Терапевт в буквальном смысле проникает во внутренний мир пациента, он обостряет противоречия и доводит конфликт до степени «взрыва» — катарсиса.

На этом пути пациент и терапевт вместе преодолевают сопротивление пациента, не зная наверняка, какое открытие ждет их впереди: содержание конфликта неизвестно обоим, оно раскрывается в этом диалоге. Катарсис нельзя запланировать, это — продукт совместного творчества: в АКТА катарсис переживается одновременно и терапевтом и пациентом. Терапевт стремится к тому, чтобы каждая сессия заканчивалась, как минимум, частичным катарсисом — осознанием и отреагированием отдельных аспектов проблемы пациента. Конечная цель терапии — достижение полного катарсиса — результат интеграции прежде разобщенных аспектов личности с последующей коррекцией нарушенных отношений.

## **DIALOGUE IN THE ANALITICAL-CATHARTIC THERAPY**

**Alexandrov Artur Alexandrovich**, Professor of the Department of Psychology, North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРальной ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

**Бабарахимова Сайёра Бориевна**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

**Аннотация:** Целью исследования явилось изучение эффективности применения когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей. Объектом исследования были выбраны 60 пациенток закрытого отделения психиатрического стационара в возрасте от 29 до 52 лет. Все пациентки были разделены

на две репрезентативные группы. В основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской клинической психиатрической больницы (ГКПБ) города Ташкента, которым проводились краткосрочные сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. Методами исследования депрессивной патологии выбраны шкала оценки депрессии Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в процессе врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В результате исследования определено, что применение в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств с учётом личностных особенностей в комбинации с психофармакотерапией оказывает положительное влияние на редукцию симптомов аффективной патологии. Быстрое выздоровление сокращает длительность пребывания пациентов в отделении стационара, способствует скорейшему возвращению в социум и восстановлению трудоспособности. Выводы: опыт применения в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Пациентки с депрессивными расстройствами в процессе проведённой когнитивно-бихевиоральной терапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля. К концу групповых тренингов положительная динамика отмечается у 88% пациенток, прошедших сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными патологией эмоциональной сферы.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, типологические особенности личности.

*Актуальность:* По данным ВОЗ, к 2020 году депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии [5]. Риск заболевания на протяжении жизни составляет 7-12% для мужчин и 20-25% для женщин. По данным немецких исследователей, каждая пятая женщина в течение жизни перенесла депрессивный эпизод. Факторами риска являются личностные особенности с преобладанием тормозимых вариантов, тимопатические колебания настроения, психосоматические расстройства, часто с сезонными колебаниями и склонность к депрессивным психогенным расстройствам на протяжении всей жизни больных [8]. Актуальность изучения депрессивных расстройств связана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий [4]. Депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижает адаптационные возможности пациента, повышая риск развития суицидальных тенденций, может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации. Депрессии влияют на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и на их трудоспособность [2]. Мощное развитие эры психофармакологии, однако, не решило проблему оказания помощи больным с аффективными нарушениями: до 30% характеризуются резистентностью или незначительной реакцией на терапию антидепрессантами. При этом стремительными темпами, учитывая возможности, предоставляемые в условиях всеобщей глобализации, развивается когнитивно-поведенческая терапия [16]. Традиционно Aaron Beck рассматривал депрессию как неправильное восприятие окружающей действительности и себя самого в этой ситуации (когнитивная триада депрессии), что легло в основу когнитивно-бихевиоральной терапии депрессий [11]. В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия (когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ)), cognitive-behavioral treatment (CBT) является одним из наиболее распространенных методов психотерапии во всем мире [12]. Наряду с индивидуальной работой разработан и применяется групповой формат. По данным метаанализа, индивидуальная терапия в ближайшем периоде более эффективна, однако спустя 6 месяцев катамнестического наблюдения эти различия нивелируются [15]. Теория когнитивной терапии достаточно сложна и громоздка для применения в клинической практике, поэтому нуждается в адаптации к конкретному спектру психопатологических расстройств в направлении дифференцированного индивидуально-личностного подхода [14]. В качестве мишеней психотерапевтического воздействия рассматривались когнитивные дисфункциональные схемы, составляющие основу избыточно используемых стратегий совладания со стрессом, а также аффективных расстройств у пациентов с различной личностно-типологической картиной [13]. Основная часть когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) связана с определением и изменением негативных автоматических мыслей и глубинных убеждений, в терапевтическом процессе значимую роль также занимает идентификация и применение сильных сторон пациента [18,19]. Выбор методов психотерапии психически больных в стационаре определяется как особенностями патогенеза заболевания, так и ограниченными сроками госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности психотерапевтических усилий [6]. Применение краткосрочных методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы [1,10]. Традиционно выделяют триаду помощи пациентам: обучение распознавания стресса (recognize); обучение стратегиям избегания (avoid); обучение стратегиям совладания (cope) с психотравмирующими факторами и другими проблемными ситуациями [3,9]. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные

отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются в основном на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект) [17]. Когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) – это вид терапии «третьей волны», основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии [7]. В целом идеи специалистов в сфере КПТ указывают на актуальность создания новых альтернативных схем/моделей, создания новых впечатлений через воображение и подкрепление позитивного опыта, с целью повышения вероятности их возникновения и использования в будущем [20].

*Цель исследования:* определить эффективность применения когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии, адаптированной для проведения в стационарных условиях у женщин с депрессивными расстройствами с учётом личностных особенностей.

*Материал и методы исследования:* объектом исследования были выбраны 60 пациенток закрытого отделения психиатрического стационара в возрасте от 29 до 52 лет. Все пациентки были разделены на две репрезентативные группы. Основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской клинической психиатрической больницы (ГКПБ) города Ташкента, которым проводились краткосрочные сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В группы отбирались пациентки с упорядоченным поведением и положительными установками на лечение и психокоррекцию, находящиеся на этапе формирующейся ремиссии. Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные краткосрочные сессии, где пациентки могли получить возможность изменить своё поведение на более высоком адаптивном уровне с родственниками, другими пациентами и персоналом стационара. Начальный (инициальный) этап был направлен на эмоциональную стимуляцию, активацию общения, налаживание коммуникаций и установление межличностных взаимоотношений между участниками групповой психотерапии. Заключительный этап был направлен на восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработку социально одобряемых стереотипов адаптивного поведения и повышения уверенности в себе. Программа когнитивно-бихевиоральной терапии состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения депрессий.

*Результаты и обсуждение:* в результате исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17% женщин и дистимия (F34.1) – у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям. У больных основной и контрольной групп в анамнезе под влиянием психотравмирующих ситуаций наблюдались различные транзиторные психические расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные, дисфорические. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 56% больных основной группы в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 20% обследованных депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруэнтных аффекту расстройств, достигали психотического уровня. При исследовании конституционально-личностных особенностей основной группы обследуемых женщин с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациенток были выявлены: демонстративный тип личности – у 3 больных (10%), застревающий тип личности – у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности, пациенткам были присущи такие черты, как робость, застенчивость, склонность к пессимизму и фатализации, отсутствие толерантности к быстро меняющимся условиям социальной среды, трудности адаптации в условиях стресса. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе, на фоне которых легко формировалось чувство вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени затрачиваемого на

выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. После проведённой психокоррекционной работы в основной группе отмечено достоверно значимое различие в улучшении социального функционирования и адаптации к социуму по сравнению с контрольной группой. Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии. В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов психотерапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакт с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции, эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

*Выводы:* опыт применения в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Пациентки с депрессивными расстройствами в процессе проведённой когнитивно-бихевиоральной терапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля. Приобретенные навыки позволяли самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями, что в дальнейшем сопровождалось улучшением эмоционального состояния, достижением позитивных поведенческих изменений: расширением ресурсов личности и социальных связей, устранением изнурительных реакций тревоги, страха, паники, саморегулированием эмоциональных всплесков, обучением адаптивным поведенческим реакциям в различных психотравмирующих ситуациях быстро изменяющегося социума.

#### Список литературы

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.
2. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Психотерапия депрессий у женщин с учётом личностных особенностей. // Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016г. - 219с.
3. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство- СПб., 2012. С.315
4. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. – 46с.
5. Герасимчук М.Ю. Когнитивно-поведенческая терапия депрессивных расстройств: традиционный подход и инновации. // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии», Москва, апрель 2016.-10 с
6. Ковпак Д.В. «Третья волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнес в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. – 158с.
7. Краснов, В.Н. Место расстройств аффективного спектра в современной классификации // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. - С.63
8. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. сангл. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. – 592 с.
9. Макаров В.В. Психотерапия в лечении аффективных и шизоаффективных расстройств // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. - С.175
10. Ротштейн В. Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства /под редакцией А. Б. Смулевича. - М., 1997- - 308 с.
11. Шохайдарова Р.Ю., Бабарахимова С.Б. Опыт применения когнитивно-поведенческой терапии депрессий у женщин. // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии», Москва, апрель 2016.-39 с.

12. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ, PsychiaL - 1994 - Vol. 9. - Suppl. 1. - P. 68
13. Bannick, F.P. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? The Journal of happiness & Well-Being 2013., 1(2), 65–73.
14. Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff, & Perr. Experiencing CBT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists. 2015., The Guilford Press
15. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31. P. 1041–1056.
16. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2009 Jun; 16 (2): 200–7.
17. Padesky & Mooney. Strengths-Based Cognitive–Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. Clinical Psychology and Psychotherapy, 2012., 19, 283–290.
18. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // J Psychosom Res. 2010. 68(1): 29–36.
19. Teasdale, J. D. Multi-level theories of cognition-emotion relations. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), Handbook of cognition and emotion. 1999., (pp. 665–681). Wiley
20. Wykes T., Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – Cognitive Remediation therapy (CRT)? // Clin. Psychol. Review. – 2001. – Vol. 21 (8): 1227–1256.

#### **EXPERIENCE OF USING COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS**

**Babarahimova Sayyora Borievna**, Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.

**Summary:** The aim of the study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for depressive disorders in women, taking into account personal characteristics. As the object of the study were selected 60 patients of the closed department of a psychiatric hospital at the age of 29 to 52 years old. All patients were divided into two representative groups. The study group included 30 women with depressive disorders, were hospitalized in ward 9 of the City Clinical Psychiatric Hospital (CCPH) of Tashkent, which carried out short sessions of cognitive-behavioral therapy in combination with medication. The control group consisted of 30 patients with depressive symptoms who received only psychopharmacotherapy. To assess the degree of depression severity Hamilton rating scale of depression was chosen, the Shmisheka Leonhard test was used to determine personality characteristics. Cognitive-behavioral therapy was conducted by medical psychologists and psychotherapists for two months, three sessions per week. A comprehensive approach to the treatment of patients with depressive disorders included joint collaboration of psychiatrists, clinical psychologists and psychotherapists. The study determined that the use of cognitive-behavioral therapy for depressive disorders, taking into account personal characteristics in combination with pharmacotherapy, has a positive effect on patients with affective disorders. Rapid recovery reduces the length of patients' stay in hospital, facilitates early return to society, and professional rehabilitation. Conclusions: The experience of cognitive-behavioral therapy for depressive disorders in combination with pharmacotherapy showed the effectiveness of complex treatment in this group of patients, significantly reduced the length of stay of patients in hospital, lead to stable remission and rehabilitation.

**Key words:** depressive disorders, cognitive-behavioral treatment, personal characteristics.

#### **СТРАХИ И КОМПЛЕКСЫ В ПОЧЕРКЕ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

**Горбунова Елена Николаевна**, аспирант, НОУ ВПО «Московский институт Психоанализа», графолог, психоаналитический психотерапевт.

**Аннотация.** В статье раскрыты психологические и психофизиологические представления о *Комплексе Отшельника*, закономерностях и причинах страха. Проведен анализ графологического материала для выведения графологического синдрома. Приведены примеры. Проведен частичный анализ классификаций категории страха и комплекса с точки зрения его феноменологии и причин возникновения.

**Ключевые слова:** комплекс, эмоции, страх, тревога, эмоциональное состояние.

Наличие психологических *комплексов* человек транслирует на телесном уровне, в паттернах поведения, в эмоциональном компоненте, в речи, представляя комбинацию противоречащих между собой особенностей личности. Таким образом, есть конструкт *комплекса*, который в виде каркаса графемы буквы и других графологических признаков появляется в почерке. Почерк это язык бессознательного, проявленный посредством экспрессии человека. Достаточно написать несколько предложений и перед нами картина, отличная от проекций специалиста, от защитных механизмов клиента и прочих внешних отвлекающих от сути вещей.

Общая картина того, как в почерке проявляются *комплексы*, складывается в графологический синдром:

- медленная скорость (человек застревает с «грузом»);
- узкий, скованный, угловатый почерк;
- много перекрывающих друг друга штрихов, как признак неблагонадежности;
- подскакивающие вверх буквы (не как у интуита, а из-за неуверенности в себе);
- почерк защитный, раздутости и компенсации;
- буква к букве пишется очень близко;
- сильный нажим;
- высокая степень напряжения;
- наклон прямой или левый;
- конечный штрих аркадный (концы слов написаны через аркаду).

Проформы в почерке, такие как гирлянды, аркады, углы, палки и нити связаны с психическими функциями, соответственно этики, логики, сенсорики и интуиции. Можно представить, что гирлянда, это «чашечка», которой прописывается обычно нижняя часть буквы, аркада, это верхняя часть буквы, напоминающая мостик, палки – основания, «позвоночник» буквы, вспомним образ буквы п, н, к и т.д. Нитей очень мало в прописях, например хвостик у буквы «ч». Индивидуальный почерк формируется, когда человек отходит от стиля прописей, оптимизируя буквы, создавая свой путь индивидуации, кто-то подменяет этический компонент логическим, кто-то обнаруживает интуитивное начало и начинает писать нитями, кто-то свою чрезмерную агрессию выражает палками с нажимом, и даже бумага не выдерживает такой натиск и прорывается, а кто-то предпочитает остаться в наученной общепринятой адаптации и оставляет прописное стандартное письмо. Так или иначе, человек транслирует свою *персону* и *тень*, свои глубоко спрятанные переживания, сомнения, чаяния и надежды, свою боль и плач, свою радость.

Диагностирование базовых комплексов и их проявление в почерке дает возможность построить правильный путь развития терапии с клиентом.

Диагностику комплексов в почерке определяет *Комплекс Отшельника*, отражая базовую стадию развития ребенка.

Очень важно осознать слабости, не отрицать, не подавлять, взглянуть на страх и психологические защиты. Посмотреть на жизненный путь с момента рождения до сегодняшнего дня: в каком возрасте были травмы. Эту картину дает горизонталь написания, тропы в организации письма. Прописывая каждую строку слева направо, мы рассказываем эту историю себе и специалисту, и не обязательно писать это автобиографически, бессознательно говорит за нас через особенности почерка.

Психологические комплексы начинаются с рождения, и первый с которым мы сталкиваемся – *Комплекс Отшельника*. Страх одиночества, обида, агрессия и ярость. Интроверт, мудрец, аутист, клиент с параноидальной тревогой, – далеко не полный список по шкале «норма – патология развития».

*Комплекс Отшельника* проявляется ярко выраженной нарушенной стадией базового доверия. *Комплекс Отшельника* определяет конструкт первичных страхов человека и определяет эмоциональное состояние.

Вот графические показатели отсутствия доверия к миру и базовой устойчивости в почерке: явно деформированная нижняя зона букв (излишняя раздутость, чрезмерность, либо сильная зажатость, угловатость, аркадность, невыраженность зоны, зависание, слабость). Усугубляет картину большое количество признаков психологического неблагополучия, общая неблагоприятная картина почерка.

Для тех, кто знаком и работает с тестом Вартегга: конфликты базового доверия отражаются в квадрате №8. При ощущении неуверенности в себе, страхе перед окружающим миром в этом квадрате изображаются рисунки защитного характера: арки, зонты, дома, парашюты, – всего того, что может укрыть и дать внешнюю защиту.

В квадрате №4 (страхи, стрессы) всегда проблемные решения.

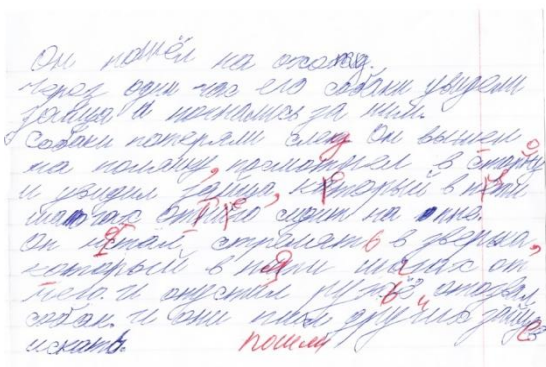
Графика рисунков выражена в зачернениях, обведении по контуру несколько раз, очень сильным и напряженным или безжизненным, слабым штрихе.

Почерк клиента с выраженным *комплексом Отшельника*:

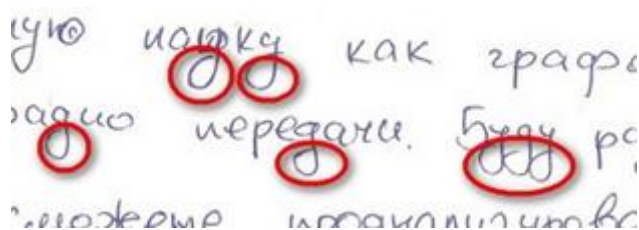
Верх на в канье фар  
ай не в море в их свое  
ло о характере и возл  
маже стабилизирует, эл  
биты голк, эл эл  
ответ на многие вопросы  
есть.



Почерк школьника с выраженным *Комплексом Отшельника*. Клиент настолько депривирован, что даже не развивает нижнюю зону в букве д (буква материнского контейнера, дома, добра, развития, своей доли):



Этот образец указывает в большей степени на сильные оральные фиксации, и в нем проявлен также и *Комплекс Брошенного*.



Именно *Комплекс Отшельника* рождает базовый страх и повышенную тревожность, и в почерке это выглядит следующим образом.

Диагностические признаки *хронической тревожности*:

1. Напряжение (CNTR);
2. Неровный, сбитый или дрожащий, сломленный штрих;
3. Нездоровые перепады напряжения и расслабления.

В почерке нет здоровой цикличности, буквы как будто согнуты из проволоки.

Диагностические признаки *невротического страха, страх жить, действовать*:

1. Фон хронической тревожности, описанный выше;
2. Статичный, концы штрихов направлены на себя, назад, короткие;
3. Узость, нажим от среднего к слабому.

Почерк бездействует, нет здоровых перепадов, базовая тревога, концы как отрезанные – такую метафору можно употребить для ряда образцов.

Фобии:

*Социофобия (общая (фобия людей)*

1. Фон хронической тревожности;
2. Тотальная раздельность;
3. Медленный;
4. Между словами и строчками узость;
5. Мелкий, до среднего;
6. Короткие концы штрихов;
7. CNTR.

*Невротические страхи:*

1. Страх неудач, провала, комплекс неудачника
2. Страх отношений, общения;
3. Страх одиночества (и склонность к зависимости).

Фобии:

1. Интимной близости;
2. Потери контроля (обсессия);
3. Социофобия (фобия людей);
4. Фобия беспорядка, хаоса окружающего мира;
5. Ритуалы, компульсии;
6. Специфические.

*Комплекс Отшельника* рождает шизоидный характер, который хорошо описан в потенциальной типологии И.Одема. Потенция 5. «Аутичный», «Отстраненный», «Изолированный».

Механизм аутистичности в почерке формируется как

Ослабленность импульсов - слабость врожденной движущей силы и мотивации, при:  
Закостенелости, застопоренности и расколотости - усиленные тормозящие факторы

Характерные психологические особенности:

- Изолированность, отчужденность от социума
- Оторванность от реальности
- Навязчиво догматичен, аскетичен, отчужден, мучает себя
- Иногда мистичен, «расколот» и герметично закрыт в своем «внутреннем мире»
- Догматичные установки могут быть идеями-фикс и доходить до фанатизма (шизоидность, до шизофрении)

*Графические признаки:*

Наклон: прямой с колебаниями в обе стороны.

Доминанта: организация.

Движение: жесткое, спазматичное, вертикальное.

Организация: застывшая организация в макро (микро хуже), пустоты.

Форма: узкая, спазматичная, ущербная, «разобранность», большой вертикальный разброс, трудно читаемая или нечитабельная.

Нажим и штрих: не спонтанный, долбящий, штрих тонкий, царапающий, колющий, что указывает на закомплексованность, на подавленность человека.

Тонкая линия также говорит о невовлеченном человеке, о *Комплексе Отшельника*.

В графологическом анализе глубоко разбирается каждая характеристика и симптом. По этой потенции есть около 40 признаков интерпретаций.

Графопатология этой потенции: шизоидность, аутичность. Как отличить их в почерке? Шизоидность всегда аутистична, а аутичность не всегда шизоидна. Аутичности присуща чрезмерная усиленная интровертность и закрытость. Аутичности свойственны такие проявления (в клиническом аспекте) как: шизоидность, шизотипия, кататоническая шизофрения, параноидальная шизофрения, обсессия, депрессия.

Примеры:

Образцы почерка с выраженным *комплексом Отшельника*.

*Logis der Verantwortung, welche das Verstande  
des Anderen haben und die Verantwortung die  
sich unter sich befinden.*

*C.G. Jung*

John Murray, 1930. Frankfurt  
 Sir John, Sir John, Sir John,  
 an Duke, Earl of Southampton  
 gewiss, waren und von  
 dem Earl of Oxford herkam.  
 man ist ein mittelgroßes  
 abwärts, ist aber ein  
 als Vater Aristokrat und  
 Shakespeare war. Sie sind  
 das für die Aufführung  
 die, und die, die  
 auf an Hauptstück  
 Ihr sehr ergebener  
 Freund

Почерк Ж.-И. Мишона

Les lettres se prennent par deux moines  
 un seul.  
 un des deux amis, avec  
 son dire en même temps, une  
 (autre). Les lettres sont parfaites.  
 Les deux sont pour mettre un  
 timbre en porte de 10 centimes en  
 lettres à un - les - en la mettant  
 sous enveloppe et en l'adressant à  
 Madame de La Haye me de la Haye  
 17 Paris.  
 Tout va bien  
 J. H. M.  
 mille bonjour aux amis.

Почерк Ч. Дарвина

Ch. Darwin. - Introduction - Descent of  
 in descent from <sup>some</sup> other <sup>forms</sup> ~~animals~~ <sup>lower</sup>  
 scale, so that it was necessary to  
 consider ~~it~~ I likewise will  
 ascertain how far to can see  
 as far as to <sup>some</sup> <sup>masses</sup> of  
 I have seen of man. Every  
 kind for himself whether little.

почерк Никола Тесла

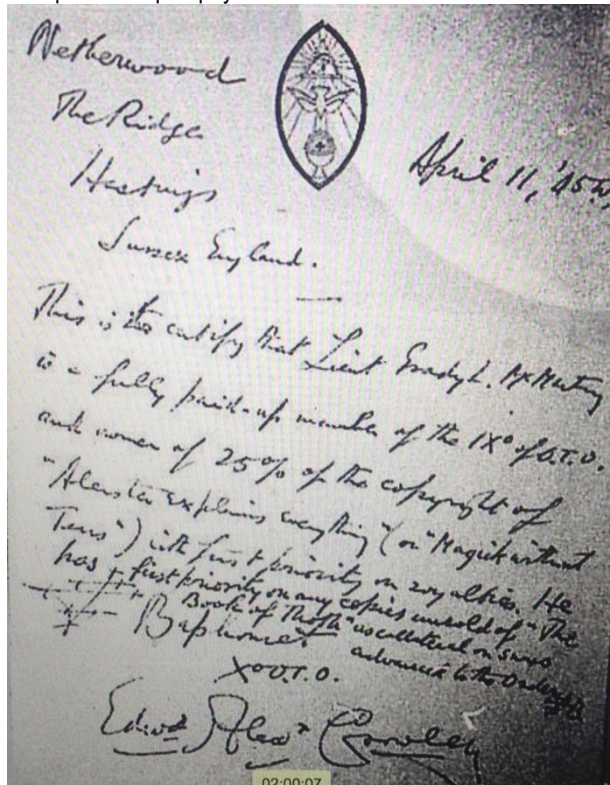
It has been said that I  
 in my opinion that I  
 have also found a number of other methods  
 which I have been following, and which I expect  
 of some of my friends and their permission  
 will. I was at the point of sending  
 to you a paper on the subject of the  
 transfer of energy. I have also written  
 to you a paper on the subject of the  
 transfer of energy.

почерк Чезаре Ломброзо

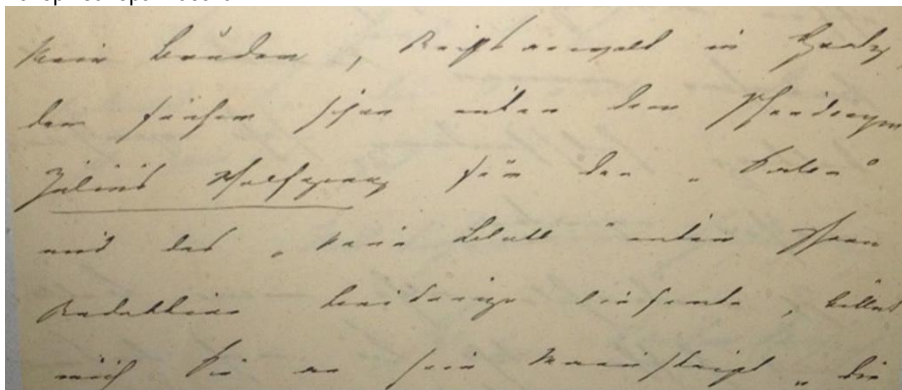
Cesare Lombroso  
 Prof. di Clinica Psichiatrica  
 Via S. Eusebio 26  
 Torino  
 Spregno, Colleghi,  
 Mi ha piacere della vostra  
 lettera del 10 e mi commuovo a  
 rivederla in suo nome. Ho pregato  
 un giornale pure di  
 La potrei contribuire al suo  
 lavoro con uno studio storico e  
 anche scientifico del commercio  
 tra i due del tipo criminale, come  
 Salsapetre, Proboscide etc.  
 Parlerò a Voi di - per il  
 vostro  
 C. Lombroso



почерк Алистера Кроули

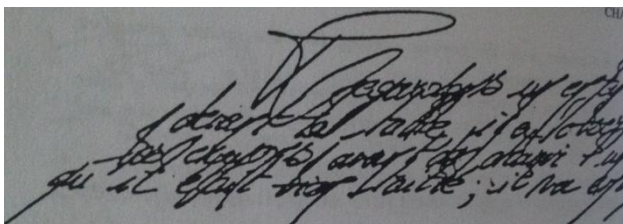


почерк Захера Мазоха



Пример параноидного психоза в почерке пациентки: женщина, 58 лет. Проявление психической асфиксии. Запутанность линий, вынужденный правый наклон, чрезмерная теснота, плотность письма, преувеличенные зоны букв (отростки). Проблемы коммуникации, нарушение границ взаимодействия с людьми, неадекватно завышенная самооценка, недоверие, отсутствие адаптации, ложная самость.

Признаки письма указывают на тенденцию вступать в конфликт с людьми, много признаков раздражения, злобы и агрессии. Она прерывает все контакты с людьми, уходит от реальности, подчеркивает желание доверять только собственным идеям и защищать их непоколебимой убежденностью.



Графологическая диагностика позволяет нам быстро, без стресса для клиента (он занимается привычным делом – пишет от руки текст) провести диагностику. Дорога к подсознательному содержанию клиента через почерк выстраивает доверительные отношения в терапевтическом пространстве и индивидуальное ресурсное содержание в макроструктуре и микроструктуре почерка становится возможным для проработки, превращая *Комплекс* в зону развития.

### Список литературы

1. Инесса Гольдберг. Язык почерка, или проблемы на бумаге /- Екатеринбург: У – Фактория, М.: АСТ МОСКВА; Владимир: ВКТ, 2009. – 160 с. – (Секреты почерка).
2. Инесса Гольдберг. Как расшифровать почерк/- Екатеринбург: У – Фактория, М.: АСТ МОСКВА; Владимир: ВКТ, 2008. – 221 с. – (Секреты почерка).
3. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Краткий психологический словарь.- М.: Политиздат, 1990. - 494с.
4. Платонов К.К. Краткий словарь системы психологических понятий. - Изд. 2-е, перераб. и доп.- М.: Высш. школа, 1984. - 174с.
5. Щербатых Ю.В. Психология страха: Популярная энциклопедия. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. - 416 с.
6. Фрейд З. Страх//Введение в психоанализ. Лекции. - М., 1989. - 456 с.
7. Энциклопедия глубинной психологии: [пер. с нем.], Т. 4: Индивидуальная психология. Аналитическая психология: Individualpsychologie und Analytische Psychologie: М.: Когито-Центр, 2004: 579 с.: ил.; 25.
8. Ania Teillard. The soul and handwriting: English Edition copyright. The British Academy of Graphology Ltd., 1993 – 288 с.

### FEARS AND COMPLEXES REFLECTED IN HANDWRITING. DIAGNOSTICS AND THERAPY

**Gorbunova Elena N.**, graphologist, psychoanalytical psychotherapist, Moscow institute of Psychoanalysis.

**Summary:** The article addresses psychological and psycho physiological view of the *Hermit Complex* as well as the causes of the fear. Analysis of graphological material is presented. Examples are given.

**Key words:** complex, emotions, fear, anxiety, emotional state.

### НЕКОТОРЫЕ СУЩНОСТНЫЕ ПОНЯТИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

**Ихсанов Радий Фратович**, Поволжская государственная социально-гуманитарная академия, факультет психологии, Центр планирования семьи и репродукции, к.психол. н.

Прежде всего, хотелось бы подчеркнуть, что *психотерапия – область лечебно-профилактической медицины* и, подобно любому разделу последней, интегрирует в свою теорию и практику данные смежных академических и прикладных дисциплин. Представляется нецелесообразным вывод психотерапии из-под юрисдикции медицины, ибо она, подобно любому из ее разделов, имея свои средства, свои права и обязанности перед пациентом, остается ответственной клинической «территорией». Возражения по этому поводу связаны, как правило, с профессиональными амбициями специалистов из смежных областей, либо с политизированными и экономическими притязаниями многочисленных профессиональных сообществ. Клинические традиции российской, в т.ч. ментальной, медицины связаны, прежде всего, с характером болезненных нарушений пациента, а не сертификатом принадлежности терапевта к той или иной профессиональной школе. Нынешнее положение вещей характеризуется тем, что границы психотерапии становятся непростительно размытыми и проницаемыми для парапрофессиональных интервенций и, как неизбежное следствие – смутное или явное переживание кризисности, а также с очевидностью наблюдаемая «цеховая» разобщенность.

Наши представления об основных понятиях.

*Психологическая (психическая) коррекция – любые целенаправленные изменения организма человека психическими средствами.* Например, *психологическое консультирование – коррекция информированием пациента.*

В этом контексте, *психотерапию* можно определить, как *психологическую коррекцию с лечебной целью.*

На наш взгляд, *принципы психотерапии* могли бы выглядеть ниже представленным образом. Мы понимаем принципы как основные исходные положения теории, практики, мировоззрения и т.д., рабочие ориентиры в лечебно-коррекционной практике.

1. Негэнтропийный принцип – всеобщий, тотальный принцип всего живого, стремящегося сохранить свою целостность, противостоящего морфофункциональному разрушению организма, хаосу, как в душе, так и в теле. Задача психотерапевта через психическую упорядоченность способствовать восстановлению организма в целом.

2. Принцип приоритета ценности бытийной *процессуальности*. Несомненно, все наши негэнтропийные усилия, в конечном счете, приводят к еще более значительной неорганизованности: неизбежные болезни, старение и пр. Поэтому представляется саногенным и собственно терапевтическим приоритетом – негэнтропийный континуум усилий организма по сохранению и восстановлению собственной целостности, но не результата (который подразумевается «по-умолчанию»).

3. Принцип приоритета мифа пациента. *Миф* – вербализованная картина мира, включающая в себя как рациональные, так и иррациональные компоненты. Живой пациент со своим уникальным организмом (в т.ч. внешней и внутренней картиной болезни), психическим складом, мировоззрением часто выводится из поля зрения терапевта, подменяясь его собственным профессионально концептуализированным образом-мифом. На своей морфофункциональной, ментальной «территории» больной может быть более ресурсным и продуктивным.

4. Принцип субъект-объектных отношений. Этот принцип реконструирует естественные отношения неопределяемой эмпирической данности – «Я» с предметным миром, миром живых и неживых, материальных и идеальных объектов. При этом «Я», как источник активности, выступает в качестве субъекта, по отношению к которому весь ментальный и материальный мир выступает в качестве мира объектов, точнее предметов потребностей и влечений (иных в перцептивном

поле попросту не существует). В данном контексте субъект-субъектные отношения могут указывать на диссоциативные расстройства.

5. Принцип активности (в т.ч. поисковой). Активность – облигатное свойство всего живого. Поисково-креативная активность, неизбежно коррелируемая с потребностями и влечениями (а других драйверов поведения не существует), составляет витальную функцию любого организма, дефицитарность которой снижает качество жизни вплоть до клинически диагностированных болезненных явлений.

6. Принцип учета естественности патологических явлений, как необходимых адаптационных процессов, их принятия. В противном случае провоцируется хроническая установка самоотвержения, «суицидопланктон», ведущие к хронической астенизации со всеми вытекающими негативными последствиями для организма. По-существу, речь идет об известной минимизации терапевтического вмешательства, основываясь на «клинике здоровья».

7. Принцип аффективности терапевтического процесса. Нейро- и психофизиологические механизмы аффекта интегрируют висцеро-соматические и психические явления, что позволяет их целостно корректировать в терапевтическом процессе.

#### Список литературы

1. Ихсанов Р.Ф. От мифа к психотерапии. Сб.: Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. Материалы второй Всероссийской научно-практической конференции. Казань, Казанский государственный университет; 28-29 ноября 2006 г. Казань: ЗАО «Новое знание» 2006 г.

2. Ихсанов Р.Ф. Адаптация как негэнтропический феномен сознания. Сб.: ИСНУ РАН Специальный выпуск «Актуальные проблемы психологии» Издательство СНЦ РАН 2003 г.

3. Ихсанов Р.Ф. Активность. От среды - к ситуации, от мифа- к психологии. Сб.: психотерапия и сексология: АОЗТ «Яблочко СО», 1997 г.

4. Ихсанов Р.Ф. О некоторых основаниях психотерапии. Сб.: «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: Миф или реальность?» Материалы Всероссийской научно-практической конференции совместно с 17-th WORD CONGRES OF WADP. Санкт-Петербург, 2014.

#### SOME ESSENTIAL CONCEPTS OF PSYCHOTHERAPY

Iskhanov Radiy F., Candidate of sci. (psychology), Psychological Faculty, Povolzhskaya State Socio-Humanitarian Academy.

#### ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кабанова Лилия Ивановна, д.ф.н. профессор ПетрГУ

**Аннотация:** С появлением феноменологии и экзистенциализма возникло новое специфическое понимание психологии, как возможности реализации неких аксиоматических понятий в практической сфере человеческой жизни. Но может ли психика являться такой аксиоматической единицей, из каких аксиом исходит то или иное психологическое учение – достаточно проблематичный вопрос. В статье предпринимается попытка осмысления значимости и актуальности опоры на феноменолого-экзистенциальную философию в психологической практике, как специфическую интеллектуальную область актуализации категории сознания.

**Ключевые слова:** философия, психология, психика, сознание, феноменология.

Целью данных заметок является обращение к достаточно непростому опыту взаимодействия феноменолого-экзистенциальной философии и практической психологии. Надо отметить, что исследовательское поле феноменолого-экзистенциальной аналитики и анализа в практическом их воплощении хоть и объемно, но достаточно слабо структурировано на сегодняшний день. Наряду с бихевиористским, “гештальтистским”, психоаналитическим и когнитивным направлениями в психологии, да и по сравнению с ними, экзистенциально-феноменологическое направление находится в определенной оппозиции, хотя мы и видим примеры того, как феноменология используется, например, в гуманистической психологии. Между тем, использование метода, как одного из возможных, наряду с другими, не характеризует данный “мезальянс”, как прочный и успешный.

Основным отличием психологии от философии является то, что психология это наука, а философия это образ мысли, опыт мышления. Поэтому с момента становления и осознания себя в качестве науки, психология, вслед за корпусом естественных наук, опирается на естественнонаучные методы. Она исследует процессы взаимосвязи объективно-реального мира, то есть психические процессы. Мир психики сводится к неким биолого-детерминистским компонентам, явлениям, поведенческим механизмам. В 20-е годы 20 столетия установка на биолого-детерминистские основания психического отчетливо проявилась, например, в бихевиоризме. Так Джон Уотсон в работе “Психология как наука о поведении” пишет о том, что: “состояния сознания, подобно так называемым явлениям спиритизма, не носят объективно доказуемого характера, а потому они никогда не смогут стать предметом истинно научного исследования” [3, 259]. Далее он все-таки уточняет, что сознание с его структурными единицами “элементарные ощущения” (и их следы – образы), чувственные тоны и их процессы, внимание, восприятие, представление – все это одни лишь неопределенные выражения. “Термины сознания”, по мысли Уотсона не поддаются исследованию с точки зрения объективных научных методов, тогда как поступки и слова людей, любой вид человеческой деятельности, особенно если поставить человека в какую-то

“ситуацию”, вполне могут быть изучены и объяснены с точки зрения принципа “стимул-реакция”. Что же до интроспекции и интроспективного метода в психологии (созерцание того, что происходит в собственном “я” исследователя), то это вообще, следуя логике и высказываниям Уотсона, “препятствие для развития психологии” [3, 260].

Достаточно двусмысленное отношение к сознанию формируется и в психоанализе, вернее, оно здесь вообще не формируется, ибо заменено некой структурой, прямо противоположной сознанию, а именно бессознательным. Сознание со знаком минус, как подметил Пятигорский. Все же в начале 20 столетия возникает серьезный сдвиг в опыте осмысления мира психического. Франц Brentano, например, пытался построить психологию на основе изучения внутреннего опыта человека, но метод анализа сознания был им не завершен, что и не удивительно, учитывая то, что Brentano был логиком, а не психологом. Другой замечательный исследователь В. Дильтей заявил о единстве психической жизни как о единстве переживаний, актуализирующей инструментарий дескриптивной психологии (описание и понимание).

С появлением феноменологии Гуссерля возникло новое понимание психологии и, главное, ее новых возможностей, потому что ее основным отличием от философии является максимальная приближенность к практической сфере человеческой жизни, к той сфере, в которой становится возможным реализация неких аксиоматических понятий. И здесь начинается самое интересное, и уместно спросить: что является предметом изучения психологии? Психика? Может ли психика являться аксиоматической единицей? Даже небольшой экскурс в историю психологии показывает, что только там, где возникает категория сознания (например, в психологии Выготского, в феноменологии Гуссерля), там становится возможным понимание предмета изучения психологии: “Я перехожу, пишет Пятигорский, к антропологическим идеям, и к принципиально новой аксиоматической категории “Этос”. Что такое “этос” <...>. Это такой образ индивидуального и социального, точнее социального и индивидуального поведения, который уже или всегда осознан. Таким образом, это не только само поведение в его речевых мыслительных и действительных физических презентаций, но и способ его осознания” [1]. Для нас существенно отметить, что данная установка характеризует феноменологический подход и сохраняется в экзистенциальном анализе. Когда Гуссерль заявляет о том, что вся психология находится в неясности относительно своей собственной темы, предмета и цели, он подразумевает под этим отсутствие в ней аксиоматических (онтологических) оснований и разрабатывает вариант феноменологической психологии, которая представляет собой опыт тематизации способов данности предметов сознанию, опирается на внутренний опыт и нацелена на анализ и описание внутренних переживаний (наблюдение). Такая психология в лице исследователя совершает очень неординарный шаг: она весь реальный мир, который в естественном существовании обладает постоянной бытийной значимостью, тематически исключает, как внепсихическое бытие. Эта психология стремится оставаться незаинтересованным наблюдателем жизни сознания, хочет освободиться от всех точек зрения, которые в естественно-практической жизни сознания играют ведущую роль; устанавливает, наконец, возможность переключения установки человека из обыденной в сущностную, предполагающую акт трансцендирования. Тем самым, благодаря трансцендентальной феноменологии Гуссерля были выявлены возможности психологии, как философской науки о первоначалах. Такой подход сообщает психологии трансцендентальное значение, самопостижению, самосознанию, или самоактуализации, как сказали бы представители гуманистической психологии Маслоу или Роджерс. То, какой концепт формируется внутри этой установки, было достаточно уже сказано предшественниками Гуссерля. Мы можем назвать этот концепт вслед за античными авторами, – этосом, а можем назвать его категорическим императивом, вслед за Кантом, или просто смыслом.

Рассуждая об особенностях и перспективах опоры на феноменолого-экзистенциальную философию в персональной психологической практике, мы все же должны спросить: почему все-таки экзистенциальная аналитика? В феноменолого-экзистенциальной философии была выявлена определяющая тенденция, приведшая к необходимости опоры на опыт внутренних переживаний, которые мы можем обозначить как сознательные акты. Когда мир начнет проявляться в моем сознании, когда он окажется связанным с моей субъективностью, тогда мне предстоит что-то с этим делать, работать с собой, и в первую очередь, на уровне сознательно продуцируемых актов. Внутри сознательно продуцируемого акта могут распаковываться многочисленные психологические переживания, но только уже не на языке психики, а на языке сознания. Подобное распаковывание, тем не менее, становится возможным лишь в опоре на определенную установку. И эта установка не может быть естественной или психологической, ибо она не обеспокоена проблемой сознания, по определению. Эта установка может быть лишь такой, в свете которой ставится вопрос о данностях сознания, т.е. феноменологическая установка. В упрощенном виде, на первых подступах, мы могли бы сказать, что в опыте феноменологического видения должно что-то открываться, “размыкаться” и ключевым здесь становится понятие феномена. Психология не ставит перед собой задачу увидеть феномен, как простое отношение к миру, без оглядки на философские теории, не полагая, например, человека субъектом, а мир – объектом; без оглядки на физиологию, без оглядки на соматическую и психическую обусловленность феномена. Психология спрашивает о процессах, об изменениях в психическом, но не о том, что такое психическое. Как при этом видятся люди? Психология должна переместиться с изучения причин на изучение мотивов, как основы экзистенции. В господствующем физиолого-психологическом способе рассмотрения такой феномен предполагается само собой разумеющимся и известным. При этом он не только остаётся неопределённым как феномен, но, прежде всего, не принимается во внимание решающее положение вещей, а именно: для того чтобы психофизические объяснения не повисали в воздухе, должно предполагаться знакомство с этим феноменом. В этом месте вся та точность, на которую обычно претендует наука, внезапно исчезает. Наука становится слепа к тому, что она должна предполагать, слепа к тому, что она хотела бы по-своему объяснить в своём генезисе. Поэтому велика надежда на феноменологию, для которой исключительно внутри сознательных актов возможно выстраивание и в обществе, и в отдельном человеке понимания своей личной и культурной стратегии. И заключена эта стратегия в этологизации, если угодно, сознания. Но парадокс заключается в том, что названная аксиоматическая единица привнесена исключительно философским умозрением. Категория “этоса” определяется как осознание поведения мышления и языка человека или



коллектива ими самими, это не только образ действия, но и образ осознания этого действия. Это тот внутренний наблюдатель, который помогает удерживать свой “этологический ранг”, определяемый уровнем рефлексии, сознания. Для нас существенно отметить, что данная установка, характеризующая феноменологический подход, сохраняется в экзистенциальном анализе. Когда Хайдеггер скажет о том, что общепринятые в психологии “капсулоподобные” представления о психике, субъекте, личности должны уступить место пониманию человека, как Dasein, начала разворачиваться впечатляющая история экзистенциальной аналитики, на основании которой возникли все известные сегодня имена и техники в области экзистенциального анализа. Несмотря на “авторские” различия, экзистенциальный анализ характеризуется, как установка, подход к человеку, а не школа или группа и это не есть набор психологических техник, хотя может служить для них прекрасной основой. Неповторимость, уникальность человека, его особенность, вот что действительно значимо для практики экзистенциального анализа, в основе которого понимание человека как существующего в мире, поэтому вместо “психики”, экзистенциальный анализ делает ставку на “сознание”.

#### Список литературы

1. Пятигорский А. М. Философия и психология // [Электронный ресурс] /<http://bateson.ru/filosofiya-i-psihologiya-lektsiya-aleksandra-pyatigorskogo/>
2. Cecil, H. Patterson and C. Edward Watkins, Jr. "Theories of Psychotherapy", 5th ed., [Электронный ресурс] /1997., [http://web.krao.kg/10\\_psihologia/0\\_pdf/16.pdf](http://web.krao.kg/10_psihologia/0_pdf/16.pdf)
3. Уотсон, Б. Дж. Психология как наука о поведении / Б. Уотсон // Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм. Э. Торндайк. Принципы обучения, основанные на психологии. Джон Б. Уотсон. Психология как наука о поведении. Москва : ООО “Издательство АСТ- ЛТД”, – 1998. 704 с.

#### PHENOMENOLOGICAL AND EXISTENTIAL PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE

**Kabanova Lilia Ivanovna**, Doctor of philosophical Sciences, Professor, Petrozavodsk state University.

**Abstract:** With the advent of phenomenology and existentialism, a new specific understanding of psychology as the possible implementation of certain axiomatic concepts in the practical sphere of human life. But whether the psyche can be like this axiomatic one, from which comes the axioms or that the psychological doctrine is problematic question. The article is an attempt to understand the significance and relevance of relying on phenomenological and existential philosophy in psychological practice, as a specific intellectual field of actualization of category of consciousness.

**Keywords:** philosophy, psychology, psyche, consciousness, phenomenology

#### References

1. Uotson, B. Dzh. Psikhologiya kak nauka o povedenii [Psychology as science of behavior ] [/B. Uotson // Osnovnye napravleniya psikhologii v klassicheskikh trudakh. Bihеviorizm. EH. Torndajk. Printsipy obucheniya, osnovannye na psikhologii. Dzhon B. Uotson. Pikhologiya kak nauka o povedenii. Moskva : ООО “Izdatel'stvoAST- LTD”, – 1998. 704 s.
2. Pyatigorskij A. M. Filosofiya I psikhologiya [Philosophy and psychology ] // [EHlektronnyj resurs] /<http://bateson.ru/filosofiya-i-psihologiya-lektsiya-aleksandra-pyatigorskogo/>
3. Cecil, N. Patterson and S. Edward Watkins, Jr. "Theories of Psychotherapy" [Theories of Psychotherapy], 5th ed., [EHlektronnyj resurs] /1997., [http://web.krao.kg/10\\_psihologia/0\\_pdf/16.pdf](http://web.krao.kg/10_psihologia/0_pdf/16.pdf)

#### ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

**Касмынина Анна Васильевна** – медицинский психолог, Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Смоленский областной наркологический диспансер». Россия, Смоленск.

**Актуальность.** В последние годы правительством Российской Федерации предприняты серьезные организационные и профилактические мероприятия, направленные на противодействие потреблению наркотических средств среди населения, прежде всего, среди молодежи. Несмотря на достигнутые результаты, негативные тенденции наркотизации и алкоголизации населения сохранились.

Проблема заключается в отсутствии комплексного подхода к профилактике возникновения зависимостей. Предполагаю, что подходя к профилактическим мероприятиям через био-психо-социо-духовную модель, охватывая все сферы жизни личности, можно добиться успешности в предотвращении формирования зависимостей среди населения. В добавление информационно-лекционным мероприятиям необходимо проводить раннюю диагностику аддиктивных установок и склонности к зависимому поведению среди молодежи.

Био-психо-социо-духовная модель включает в себя следующие модели:

1. Медикосоциальная модель (ориентировка на информирование о негативных последствиях злоупотребления алкоголем и употребления психоактивных веществ).
  2. Образовательно-воспитательная модель (поддержка молодого поколения и обеспечения свободы выбора и верного влияния на этот выбор).
  3. Психосоциальная модель (развитие навыков, характерологических и нравственных качеств личности).
- Основные аспекты профилактических мероприятий.

1. Комплексность и многоаспектность.
2. Дифференцированность:
  - возрастные особенности (подростки, студенты, взрослое население);
  - степень вовлеченности в ситуацию употребления (первичная, вторичная или третичная профилактика);
  - психодиагностика (ранняя, обследуемая или лечебно-реабилитационная).
3. Аксиологичность:
  - общечеловеческие ценности;
  - законопослушность;
  - морально-нравственный и этический подход;
  - формирование личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей на соблюдение здорового образа жизни.
4. Последовательность профилактики.

В настоящее время выделяют первичную, вторичную и третичную формы профилактики. Составлены программы профилактики с учетом возрастных особенностей и степени вовлеченности в ситуацию употребления психоактивных веществ и злоупотребления алкоголем.

Цель первичной профилактики — препятствование приобщению к психоактивным веществам.

Основной акцент при профилактических мероприятиях среди подростков – формирование здорового жизненного стиля.

Находясь в той или иной микросреде (семья, класс, двор) и взаимодействуя с другими микросредами (секция, кружок, дискотека), подросток постоянно испытывает разноплановые и нередко противоречивые влияния на свой внутренний мир. В отличие от взрослого, обладающего жизненным опытом, подросток не всегда умеет адекватно определить и оценить тех, кто своими ценностными ориентациями, своей деятельностью, характером взаимоотношений и установившегося в них психологического климата, своими личностными особенностями действительно отвечает его потребностям, интересам, склонностям. Подросток не умеет вовремя дистанцироваться от тех, кто благодаря присущим им свойствам, находится в разладе с его потребностями, интересами и склонностями. В результате этого подросток не всегда обретает общественно-моральные качества – они не становятся его ценностями. Порой в его личности укореняются псевдоценности, которые способствуют формированию таких способностей и склонностей, которые несут в себе негативные характеристики (к ним относится аддикция). Лучшая методика борьбы с употреблением психоактивных веществ и девиантным поведением – профилактика.

В программе профилактики затрагиваются все сферы жизни молодых людей:

- информирование о вреде психоактивных веществ на молодой организм;
- внутренний мир и развитие личности;
- необходимые навыки и характерологические особенности для правильных действий в ситуации выбора;
- межполовые отношения и профилактика возникновения заболеваний передающихся половым путем;
- основные принципы и правила здорового образа жизни;
- принципы эффективного общения и взаимоотношений;
- содействие в духовно-нравственном развитии молодежи.

Основной акцент при профилактических мероприятиях среди взрослого населения делается на формирование у людей принципов здорового образа жизни и стрессоустойчивости.

Для поддержания здорового жизненного баланса обязательно нужно иметь разные положительные впечатления, чтобы чувствовать себя комфортно. Для человека очень важно иметь интересы, увлечения и любимое дело в жизни (иметь личный «список радости»). Иметь жизненные цели и получать удовольствие от своей жизни (семья, друзья, карьера, здоровье, счастье).

Вторичная профилактика направлена на предотвращение пагубного, опасного употребления психоактивных веществ (при уже начавшемся их употреблении). В таких случаях человека призывают и обучают нормальному, умеренному потреблению (культура питания), рассказывают, как избежать проблем, связанных со злоупотреблением алкоголя (стадии зависимостей) и полного отказа от употребления психоактивных веществ.

Третичная профилактика направлена на избегание повторения рецидива заболевания у зависимого пациента. Её цель – уменьшить вероятность неоднократного лечения пациента в больнице. Программа психокоррекционного и реабилитационного направления, психологическое и психотерапевтическое сопровождение больных зависимостями направлены на формирование мотивации у пациентов соблюдение принципов здорового и трезвого образа жизни, охватывая все сферы (здоровье тела, стабильное психоэмоциональное состояние; улучшения во взаимоотношениях и стабилизация профессионального и социального статуса). Важным коррекционным вопросом остается «синдром дефицита удовлетворенности», помощь в поиске способов получать желаемое удовольствие без употребления психоактивных веществ.

*Вывод.* Комплексный подход к профилактике с привлечением семьи, школы, средств массовой информации являются эффективными в борьбе со злоупотреблением наркотиками и алкоголем. Образование и просветительская деятельность являются ключевыми в этой профилактической работе, чтобы помочь молодежи и широкой общественности понять риск злоупотребления психоактивных веществ.

## THE MAIN ASPECTS OF ADDICTION PREVENTION IN POPULATION

Kasmylina Anna Vasilievna - medical psychologist, Smolensk regional narcological clinic. Smolensk, Russia.

### ПРИКЛЮЧЕНИЕ ДЕМОНА ПО ИМЕНИ «ПЛАЦЕБО» В ДОМЕ ПСИХОТЕРАПИИ

**Катков Александр Лазаревич** – д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, г. Санкт-Петербург.

**Аннотация:** В статье проводится анализ основных причин скептического отношения к психотерапевтической практике. Идентифицируется ключевой признак – эффект плацебо, на основании которого психотерапии отказывают в статусе научно-обоснованной дисциплины. Приводятся исчерпывающие сведения о системном исследовании феномена плацебо в психотерапии.

**Ключевые слова:** психотерапия, плацебо-эффект, системный анализ.

*Когда нечистый дух выйдет из человека, то ходит по безводным местам, ища покоя, и не находит; тогда говорит: возвращусь в дом мой, откуда я вышел. И, придя, находит его незанятым, выметенным и убранным; тогда идёт и берёт с собою семь других духов, злейших себя, и, войдя, живут там; и бывает для человека того последнее хуже первого. (Евангелие от Матфея).*

Психотерапию не любят.

Психотерапию не любят те представители рода Homo sapiens, которые убеждены в необходимости понятной и доказуемой силы аргументов, приводимых для обоснования какой-либо масштабной профессиональной практики.

Психотерапию, поэтому, не любят серьезные ученые, считающие любую гуманитарную практику «сбором фантиков».

Психотерапию не любят и специалисты из смежных областей, и статусом серьезных исследователей в области современной психологической науки (например, Ганс Айзенк утверждал, что «...спонтанное выздоровление происходит благодаря определенной плацебо-терапии, не основанной на какой-то научной теории ..... из этого, по видимому, следует, что ни один из видов психологической помощи не может быть назван научным, если он, во-первых, не основан на тщательно проверенной теории и, во-вторых, его эффективность не имеет явного превосходства над спонтанной ремиссией и плацебо-лечением»).

Психотерапию не просто не любят, но и уличают в откровенном мошенничестве весьма заметные представители интеллектуально-медийного пространства (например, в радио-эфире «Эхо Москвы» от 8 февраля 2017 года Александр Невзоров высказался в отношении психотерапии следующим образом: «По степени невежества различные плацебарные-шарлатанские дисциплины могут и помогать... психотерапевт — это...в чистом виде мошенничество»).

И, конечно, психотерапию не любят особо одиозные представители религиозных культов, заявляя — ни больше, ни меньше — что профессиональная психотерапия — это, по преимуществу, «бесовская» практика.

Но и умеренные представители цивилизованного религиозного истеблишмента, при случае, цитируют и размещают на своих сайтах статьи с разоблачением «псевдонаучной» сущности психотерапии (например, на сайте Миссионерско-апологетического проекта «К истине» размещена статья Александра Невеева «26 причин кажущейся эффективности психотерапии», которая, в основном, цитирует аргументы из другой известной публикации с анализом причин «кажущейся» эффективности психотерапии. В этой цитируемой статье есть один примечательный пассаж в отношении плацебо-эффекта, который авторы считают, конечно же, иллюзорным: «Адвокаты и апологеты различных, научно не обоснованных форм психотерапии часто ссылаются на плацебо-эффект – «да, мол, у нашей психотерапии нет научных оснований, но ведь эффект плацебо доказан, и если клиент нам верит, он исцеляется под влиянием эффекта плацебо!». Но эти «знатоки» не учитывают, что эффект плацебо может быть иллюзорным, т. е. клиент, верящий, что психотерапия ему помогает, скорее увидит улучшения своего состояния, которых на самом деле нет, чем он достигнет улучшений в действительности».

Из всего сказанного, по-видимому, следует, что на чистую, так сказать, воду психотерапию можно вывести только серьезно и глубоко разобравшись с феноменом «плацебо» (эдаким хитрющим демоном — по мысли процитированных авторов – который оккупировал все пространство профессиональной психотерапии, и, похоже, только за тем, чтобы морочить голову добропорядочным гражданам и выкачивать из них шальные деньги).

Ну, а разобравшись с этим «нечистым духом», возможно и у апологетов психотерапии и их критиков наконец-то появится шанс на изгнание этого трудно уловимого демона из дома профессиональной психотерапии – как, например, это было сделано в практике доказательной медицины, искореняющей эффект плацебо из методологии испытаний клинической эффективности каких-либо новых лекарственных препаратов.

Или, может быть, все-таки в рамках профессиональной психотерапии существует какой-либо другой, более гибкий и, прямо скажем, более умный способ установления профессиональных отношений с этим, каким-то уж очень живучим феноменом (например, приближенный к реалиям авангардного, постмодернистского крыла науки, а не только ее традиционного естественно-научного полюса)?

На такую возможность, косвенно, указывал тот же Ганс Айзенк, заявляя в уже процитированном тексте буквально следующее: « ... плацебо-лечение в психотерапии не настолько просто, как в соматической медицине» (Айзенк Г. Дж., 1994).

Об этом же, как нам представляется, сказано и в следующем фрагменте обзорной статьи, посвященной исследованию эффективности психотерапии: «...можно так же отметить затруднительность механического переноса процедуры рандомизации из фармакологической терапии в психотерапию...» (Тукаев Р. Д., 2004).

Наши собственные изыскания в данном направлении – в частности, за счет проведения эпистемологического анализа значительного объема профильной научной литературы и комплексного исследования эффективности технологий полимодальной экспресс-психотерапии (А.Л. Катков, 2011, 2013) – привели к следующим выводам.

Функциональная роль феномена так называемого плацебо-эффекта («плацебо» традиционно понимался и понимается до настоящего времени как феномен, генерирующий основные помехи при оценке чистого фармакологического воздействия) в сфере профессиональной психотерапии, была недостаточно исследована, осмыслена и интерпретирована.

Именно в силу этих обстоятельств в психотерапии по отношению к феномену плацебо используются абсолютно неадекватные, заимствованные штампы, собственно, и являющиеся главным препятствием в адекватной интерпретации основных психотерапевтических эффектов.

Наиболее часто в качестве примера того, что есть «плацебо» в психотерапии многие авторы высказываются в духе того, что это есть наиболее общие факторы психотерапии – такие как выражение тепла, поддержки, внимания с исключением специфических интервенций и пр.

Между тем, в соответствие с концептуальным стержнем общей теории психотерапии, разработанной нами в период 2002 – 2012 гг. феномен, обозначаемый как «плацебо-эффект», – есть проявление фундаментальной способности психики человека к эффективной самоорганизации или сверхбыстрой «перенастройке» на какие-либо приемлемые и предметные (в техническом смысле) варианты конструктивного прохождения кризисной фазы адаптивно-креативного цикла.

Обязательными компонентами такого «конструктивного перепрограммирования» являются: 1) переход от защитно-конфронтационной стратегии внесознательных инстанций клиента к синергетической с формированием тотальной гиперпластики (важно отметить, что осознаваемое Я клиента, при этом, не удаляется на периферию сознания); 2) наличие приемлемого для клиента варианта ресурсной поддержки, обсуждаемого и проговариваемого в наиболее существенных деталях, имеющих непосредственное отношение к желаемому терапевтическому эффекту;

3) формирование стыковочного сценария (т. е. устанавливаемого – за счет использования диагностических метатехнологий – факта «привязывания» желаемых терапевтических эффектов к алгоритму планируемого технического действия); 4) формирование, на основе последнего компонента, ресурсного для клиента состояния «особой веры в эффективность предлагаемого способа помощи», которое интерпретируется нами как полное принятие и утверждение (в том числе, и в основном, на уровне внесознательных инстанций психики клиента) стыковочного сценария, т. е. программы такой помощи; 5) практически одновременная и даже опережающая критическая редукция состояния деморализации у клиента, т. е. переход от антиресурсного состояния неопределенности к ресурсному состоянию определенности и возможности мобилизации всего имеющегося потенциала на достижение планируемых терапевтических эффектов.

Далее, нами было показано, что из первичной совокупности факторов, традиционно обозначаемых как «плацебо», наибольшим весовым значением в обеспечении скорости достижения искомого результата обладают факторы:

1) прямо способствующие редукции проявлений состояния деморализации у клиента (по Д. Франку, 1991); 2) а также, факторы, способствующие формированию высокого уровня мотивации на достижение желаемого результата в начале терапевтического процесса и его сохранения или даже развития – в его завершении (по схеме Д. Прохазка, К. ДиКлеме, Д. Норкросс, 2005); 3) однако и эти системы вполне ранжируемых, и измеряемых факторов – интерпретируемые как условия актуализации синергетической адаптационной стратегии внесознательных инстанций – в конечном итоге находили свое выражение в особом феномене гиперпластического статуса клиента, т.е. такого же ранжируемого состояния, которое является предпоследним звеном в обеспечении главного и наиболее востребованного психотерапевтического эффекта – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды; 4) и далее, в качестве последнего такого звена выступала обеспечиваемая гиперпластическим статусом клиента с одной стороны, адекватным и приемлемым для клиента структурированным проектом терапии – с другой, возможность сверхбыстрого усвоения клиентом новых, адаптивных форм психической активности.

Вышеприведенная интерпретация феномена «плацебо» в общем поле профессиональной психотерапии абсолютно созвучна наиболее агрегированному и измеряемому – в нашей версии – фактору, обеспечивающему итоговую эффективность психотерапевтического воздействия и, таким образом, неустранимого из профессиональной психотерапии без изъятия ее системообразующего, профессионального стержня (в этом случае психотерапия превращается в некую «вымученную» психотехнологию, крайне трудную для усвоения и очевидно ненужную для ее гипотетических пользователей).

Данная интерпретация проясняет возможность и необходимость «стыковки» основных уровней психотерапевтической коммуникации, и обеспечения итоговой гиперпротекции структурированных технических действий (в чем, собственно, психотерапия и превосходит прочие развивающие и помогающие практики).

В результате становится понятно, что одного только макротехнологического и метатехнологического уровней, обеспечивающих сверхбыстрое усвоение и воспроизведение в поведении субъекта новой, адаптивной информации – недостаточно; нужна сама эта информация, доведенная до клиента на наиболее приемлемом и понятном для него психотерапевтическом «языке».

Таким образом, так называемые специальные интервенции также не могут быть изъятые из общего феноменологического поля эффекта, ошибочно обозначаемого термином «плацебо» (т. е., в буквальном переводе, «пустышка»); а проводимый, без учета данного обстоятельства, анализ не может считаться корректным.

В этой связи, всякие ссылки на доказанной – с позиции обобщения результатов сорока шести проведенных мета-анализов – более высокой эффективности специфических форм психотерапии в сравнении с «чистым плацебо» (R. Grison, 1996) лишены смысла; на самом деле, здесь речь идет о значимой разнице, отслеживаемой в используемых конечных индикаторах эффективности, между незавершенными и завершенными психотерапевтическими интервенциями, что, в общем, и не требует особых комментариев.

Во всех дальнейших исследованиях подлинное весовое соотношение универсальных и специфических факторов, обеспечивающих эффективность психотерапевтического вмешательства, возможно определять лишь в корректном сравнении исследуемых групп в системе промежуточных – т.е. оценивающих уровень представленности всех анализируемых факторов на этапах психотерапевтической коммуникации – и независимых конечных индикаторов, с использованием процедуры дифференцированного статико-математического анализа (что, безусловно, возможно в результате разработки корректной методологии психотехнического и комплексного анализа психотерапевтического процесса).

Но если всего этого для наших оппонентов недостаточно, то мы сошлемся на результаты исследований наших зарубежных коллег (понимая при этом, что сила аргументов здесь часто зависит от расстояния, на котором находятся источник соответствующей информации).

Здесь мы рекомендуем обратить внимание на публикации американского биолога-генетика Брюса Липтона, нейробиолога Джо Диспензы (только что вышел перевод на русский язык его замечательной книги «Сам себе плацебо» и, особенно, на публикацию группы ученых из Евросоюза (Kaliman P., Alvares-Lopes M.J., Cosin-Tomas M. et al., 2014), в которой взаимозависимость кондиций системно-информационного уровня – т.е. уровня психики человека – с наиболее существенными характеристиками и кондициями эпи-генетического уровня абсолютно доказана с беспрецедентной методологической строгостью и точностью.

*В заключение* приглашаем оглянуться и на источники, весьма отдаленные от нас не только географически, но и исторически. Но от этого – не менее значимые и пронзительно-мудрые.

Эти, весьма авторитетные – особенно для самой непримиримой группы критиков профессиональной психотерапии – источники (см. эпиграф к настоящей статье) рекомендуют не спешить с изгнанием «нечистого духа» без понимания того, что или кто должен занять это освободившееся место. Иначе последствия такой бездумной акции, могут быть значительно более тяжелыми, чем существующее положение дел.

В других, еще более древних манускриптах, говорится и о таком способе избавления от непонятной и устрашающей сущности: нужно лишь посмотреть ей в лицо и назвать подлинным именем. И тогда эта «сущность» потеряет власть над человеком и, наоборот, начнет служить ему.

Вдумчивый читатель, надеюсь, понимает, что в наших изысканиях мы пытаемся идти именно этим путем и симпатичного демона, по имени «Плацебо», никуда из его родного дома изгонять не собираемся.

Просто мы считаем, что пришло время назвать эту сущность своим настоящим именем и работать с нею, что называется, «душа в душу».

Имеющий уши, да слышит.

#### Список литературы

5. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблему эффективности в психотерапии // Психологический журнал. - 1994. - Т.14. - №4. - С. 3-19.
6. Диспенза Д. Сам себе плацебо // Москва, 2016. - 414 с.
7. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // Ж. Психотерапия. – М., 2011. – № 10, спец. выпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 63-69.
8. Катков А.Л. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование) / - Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
9. Катков А.Л. Оценка эффективности психотерапевтического вмешательства: состояние проблемы // Теория и практика психотерапии. – 2015. – № 2 (6). – С. 4-26.
10. Grisson R. J. The magical number. 7+- 2 Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control // J. consult. Clin. Psychol. Rev. - 1996.- Vol. 64.- P. 973-982.
11. Kaliman P., Alvares-Lopes M.J., Cosin-Tomas M. et al. Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators // J. Psychoneurology. - vol. 40. - 2014. - P. 96-107.
12. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // American Psychologist. – 1992. – P. 1102-1114.

#### AN ADVENTURE OF THE DEMON NAMED PLACEBO IN A PSYCHOTHERAPY HOUSE

**Katkov A. L.** – MD, Professor, rector of International Institute of social psychotherapy, Saint-Petersburg.

**Annotation:** In the article Katkov A. L. "An adventure of the demon named Placebo in a psychotherapyhouse", the main reasons of the skeptical attitude to psychotherapeutic practice are being analyzed. The key feature, the placebo effect, based on which psychotherapy lacks the status of a science-based discipline identified.

Irrefragable information about the system phenomenon of the placebo in psychotherapy is provided.

**Key words:** psychotherapy, placebo effect, system analysis.

## УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Катков Александр Лазаревич**, д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, г. Санкт-Петербург.

**Аннотация:** В статье рассматривается функциональное определение понятия качества профессиональной психотерапевтической помощи. Обосновывается система менеджмента качества психотерапевтической помощи (СМК ПП). Приводится краткое описание основных компонентов СМК ПП. Рассматриваются главные инструменты СМК ПП — профессиональные стандарты и правила, утверждаемые в сфере профессиональной психотерапевтической деятельности.

**Ключевые слова:** психотерапия, качество помощи, управление, нормативное регулирование.

### Введение

Вопросы качества оказания психотерапевтической помощи привлекают все более пристальное внимание организаторов и практиков, реализующих данные виды помощи, но также и тех представителей культурной, интеллектуальной и политической элиты, которые всерьез озабочены вопросами психического и психологического здоровья населения.

При этом, для всех обозначенных групп понятно, что наиболее резонансные проблемы, будоражащие общественное сознание — например, такие, как всплеск подростковых суицидов, вовлечение населения в наиболее опасные деструктивные эпидемии химической и психологической зависимости (игроманию, компьютерную зависимость, деструктивные секты, экстремистские организации и пр.) — напрямую связаны с масштабами, своевременностью и качеством оказания наиболее востребованных видов психотерапевтической помощи.

С другой стороны, понятно также, что массовое использование средств и методов профессиональной психотерапии, в том числе и с целями действенной профилактики вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии, будет возможно при обосновании эффективности и возможности обеспечения действенного контроля за качеством оказываемой профильной помощи.

В данной связи, в самые последние годы можно отметить всплеск законодательных инициатив, направленных, в том числе, и на регулирование вопросов качества оказания психологической и психотерапевтической помощи (например, законопроекты: «О психотерапевтической помощи», «О психологической помощи населению Российской Федерации» и пр.).

Вместе с тем, очевидно и то, что прежде чем выдвигать какие-либо оформленные законодательные инициативы, необходимо определиться с концептуальным видением центральной категории качества, вопросами тактики и стратегии управления качеством в интересующей нас сфере профессиональной психотерапии.

Необходимо также и достижение приемлемого профессионального консенсуса по этому последнему вопросу, иначе даже и принятый законодательный акт, призванный регулировать сферу профессиональной психотерапевтической деятельности и стимулировать специалистов на повышение качества оказываемых услуг, может оказаться невостребованным и несостоятельным.

В связи со всем сказанным, в ходе выполнения масштабных исследовательских проектов в 2002–2015 гг. нами была сформулирована концепция и организационная модель управления качеством психотерапевтической помощи, основные положения которой излагаются ниже.

### Концепция и организационная модель управления качеством психотерапевтической помощи

Итак, под качеством психотерапевтической помощи подразумевается степень соответствия основных характеристик оказываемой помощи — структурных, технологических, управленческих и др., — потребностям основных целевых групп, а также научно обоснованным требованиям в сфере достижения планируемых результатов.

Далее, нами было разработано следующее рабочее определение системы управления качеством психотерапевтической помощи (СМК ПП): это эффективная форма организационно-управленческой деятельности, позволяющая четко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества психотерапевтической помощи, а также использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех компонентов ПП.

Вышеназванное определение подчеркивает конструктивные особенности и прагматический характер разработанной системы менеджмента качества ПП, направленных на реализацию следующего алгоритма: 1) формирование адекватных, научно обоснованных представлений об условиях и процессах, обеспечивающих высокое качество оказываемой психотерапевтической помощи; 2) обоснование основных параметров, системы промежуточных и конечных индикаторов, используемых в процедурах исследования и оценки категория качества; 3) определение наиболее адекватных методов и инструментов оценки данных параметров, позволяющих отслеживать динамику качества оказываемой помощи; 4) разработка наиболее эффективных организационно-управленческих технологий, способствующих непрерывному совершенствованию всех значимых компонентов профильной помощи.

Система менеджмента качества ПП, таким образом, представляет собой синтез трех наиболее известных и широко практикуемых подходов в сфере улучшения качества профильной помощи — триады качества Донабедиана, компонентов качества ВОЗ, принципов и технологий Всеобщего менеджмента качества (TQM) — с использованием функциональных возможностей и преимуществ каждого из них.

Характеристики функционального назначения каждого из поименованных системных компонентов СМК следующие.

*Триада качества Донабедиана* – основное функциональное назначение данного компонента СМК – четко определять предмет качества применительно к системе профильной помощи. Таким образом, основным предметом качества в СМК являются характеристики структуры, процесса и результата профильной помощи.

*Компоненты качества ВОЗ* – согласно определению Всемирной организации здравоохранения, качество помощи обеспечивается четырьмя универсальными компонентами – адекватностью, экономичностью, обоснованностью и высоким научно-техническим уровнем ее оказания, эффективностью. Основное функциональное назначение данного структурного блока СМК – четко определить параметры, методы исследования и оценки качества профильной помощи. Т.е., каждому из вышеназванных компонентов соответствуют определенные методы и технологии оценки качества ПП.

*Основные принципы и технологии Всеобщего менеджмента качества (TQM)* – данная совокупность принципов и технологий представлена стандартами ISO (международная организация по сертификации в сфере управления качеством), содержащими основные требования и указания по улучшению качества. При этом имеется в виду необходимость реализации следующих основополагающих принципов: 1) ориентация на заказчика и потребителя; 2) ведущая роль руководства; 3) вовлечение сотрудников; 4) процесс-ориентированный подход; 5) системный подход к управлению; 6) постоянное улучшение; 7) подход к принятию решений, основанный на фактах; 8) взаимовыгодные отношения с партнерами. Основное функциональное назначение данного структурного блока СМК – определять наиболее адекватные и эффективные организационно-управленческие технологии постоянного совершенствования всех компонентов, обеспечивающих качество ПП.

В связи со всем сказанным, собственно предметная сфера СМК, как точка приложения основных усилий по обеспечению качества психотерапевтической помощи, представлена следующими индикативными процессами:

- управления и координации (данная приоритетная группа процессов призвана обеспечить становление, устойчивое развитие и эффективное взаимодействие структур, представляющих современную систему оказания психотерапевтической помощи);
- технологическими процессами, соответствующими основному содержанию профессиональной психотерапевтической деятельности;
- обеспечения необходимыми ресурсами – кадровыми, структурными, материально-техническими, финансово-экономическими, формирующими адекватный масштаб профильной деятельности;
- консолидации партнерских возможностей – данная группа процессов имеет непосредственное отношение к налаживанию конструктивного взаимодействия между всеми представителями общественных структур и организаций, заинтересованными в эффективном решении актуальных социальных проблем, связанных с уровнем психического и психологического здоровья населения.

#### **Предварительные условия, обеспечивающие повышение качества психотерапевтической помощи**

Главным, изначальным условием является разработка и реализация основных технологических фрагментов Базисной научно-исследовательской программы в сфере индивидуального и социального психического здоровья (в частности, – качественных характеристик феномена психического здоровья), с разработкой системы профессиональных стандартов и правил в сфере психотерапевтической и психологической помощи, а также — этических стандартов в сфере профессиональной психотерапии.

Рекомендуемая нами структура *стандарта психотерапевтической помощи*, предполагаемого к использованию в сфере профессиональной психотерапии, следующая:

характеристика группы лиц, в отношении которой используется определенный метод, четкое определение показаний/противопоказаний;

технологический протокол с описанием последовательности этапов реализуемого психотерапевтического метода и технических действий на каждом этапе;

критерии и методология оценки эффективности реализуемого метода, соответствующие принципам доказательной практики;

квалификационные требования к специалисту, реализующему определенный психотерапевтический метод;

тематическая образовательная программа с указанием разделов необходимой профессиональной подготовки специалиста и количества часов по каждому разделу;

квалификационные требования к специалисту, проводящему подготовку специалиста-психотерапевта по определенному методу;

критерии прохождения процедуры аттестации и переаттестации с указанием кратности и параметров супервизорской оценки профессиональной деятельности специалиста-психотерапевта.

Данный перечень включает лишь основные компоненты, обеспечивающие возможность контроля качества оказываемой психотерапевтической помощи, и может быть расширен, например, за счет требований юридического или материально-технического характера.

Разработанный свод *правил оформления профессиональной психотерапевтической деятельности* включает:

- 1) правила организации психотерапевтической помощи;
- 2) правила профессиональной подготовки и допуска к профессиональной деятельности специалистов, претендующих на право оказания психологической помощи;
- 3) правила профессиональной деятельности специалистов, оказывающих психологическую помощь;
- 4) правила профессиональной этики специалистов, оказывающих психологическую помощь;

- 5) правила деятельности практических организаций, учреждений и центров, действующих в сфере оказания психологической помощи;
- 6) правила деятельности образовательных организаций и лиц, принимающих участие в профессиональной подготовке специалистов и научно-педагогических кадров, действующих в сфере оказания психологической помощи;
- 7) правила деятельности научных организаций и лиц, принимающих участие в проведении научных исследований в сфере оказания психологической помощи;
- 8) правила деятельности профессиональных ассоциаций и саморегулируемых организаций специалистов, действующих в сфере оказания психологической помощи;
- 9) правила государственного и общественного контроля качества профессиональной деятельности по оказанию психологической помощи;
- 10) правила финансирования деятельности по оказанию психологической помощи.

Далее, с участием профессиональных ассоциаций и профильных саморегулируемых организаций должны быть проработаны и утверждены *этические стандарты профессиональной психотерапевтической деятельности*.

#### **Основные стратегии, обеспечивающие постоянное улучшение качества психотерапевтической помощи**

*Первой стратегической линией* является достижение максимального соответствия оказываемой психотерапевтической помощи утвержденным эталонам (стандартам). Реализация данной стратегии не представляет особых сложностей в случае, если соответствующие технологические образцы-эталоны разработаны и утверждены, а также существуют механизмы постоянного контроля в сфере оказания профильных услуг.

*Второй обязательной стратегией* является достижение максимального соответствия ПП потребностям основных целевых групп, без чего невозможен полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами помощи. Реализация данной стратегической линии предполагает наличие специальной программы мониторинга качества профильных услуг с отслеживанием обратной связи в целевых группах населения.

*Третья стратегическая линия* предусматривает постоянное инновационное внедрение разработанных технологий в систему утвержденных профессиональных стандартов ПП. За счет реализации данного стратегического направления осуществляется постоянное расширение и повышение потенциальной эффективности системы профессиональных стандартов в рассматриваемой сфере. Обязательным условием здесь является наличие научной базы с возможностями разработки, экспериментальной апробации и определения сравнительной эффективности инновационных и традиционных подходов, реализуемых в сфере профессиональной психотерапии.

В связи со всем сказанным, в модели СМК ПП устанавливается следующий *алгоритм реализации обозначенных стратегических направлений*:

- реализация программы базового многоуровневого мониторинга по определению ситуации, связанной с уровнем качества психического здоровья населения, распространением деструктивных социальных эпидемий и оценки эффективности противодействующих усилий;
- реализация базовых исследований в сфере профессиональной психотерапии, разработки и апробации соответствующих инновационных технологий, утверждения системы профессиональных стандартов;
- масштабное внедрение соответствующих технологических блоков по основным направлениям профессиональной активности;
- осуществление промежуточного, а также итогового контроля эффективности оказываемой психотерапевтической помощи с выявлением проблемных зон и несоответствия установленным критериям эффективности;
- определение задач в сфере обеспечения качества для научного, практического и образовательного секторов в сфере профессиональной психотерапии;
- реализация актуальных исследовательских проектов, программ по управлению качеством в практическом секторе, профильных научных учреждениях и учреждениях образования;
- обновление системы профессиональных стандартов в соответствии с вновь полученными, научно обоснованными данными и результатами обратной связи от основных потребителей профильных услуг.

#### **Основные инструменты, используемые для оценки качества психотерапевтической помощи**

Безусловно, для так называемой, рутинной и более сложной, используемой в исследовательской практике оценке качества и эффективности психотерапевтической помощи должны использоваться адекватные инструменты такой оценки, соразмерные особенностям психотерапевтического процесса.

В данной связи мы можем сослаться на разработанную методологию психотехнического анализа проводимой психотерапии, которая как раз и включает оба варианта оценочной деятельности — рутинный и исследовательский — но также, предусматривает возможность разработки соответствующей компьютерной программы. Представляется, что использование такой компьютерной программы универсальной оценки эффективности психотерапевтического процесса существенно упростит, сократит по времени и, в свою очередь, стандартизирует эту важнейшую процедуру (А.Л. Катков, 2015).

#### **Координация и организация деятельности по оценке качества психотерапевтической помощи**

Относительно краткая, применительно к реалиям развития системы профессиональной психотерапевтической помощи в Российской Федерации, история регулирования вопросов качества оказания профильной помощи показывает, что одного только государственного контроля в данной чувствительной сфере – недостаточно. В данный процесс, с



необходимостью, должны вовлекаться профессиональные ассоциации и саморегулируемые организации, действующие в сфере профессиональной психотерапии на основании утвержденных уставных документов и законодательства РФ.

В этом случае, во-первых, сам по себе процесс формирования главных инструментов обеспечения качества психотерапевтической помощи — профессиональных стандартов и правил — будет проходить гораздо более активно. Во-вторых, общественный контроль за качеством оказываемой психотерапевтической помощи, в этом случае будет существенно более динамичны.

Кроме того, с учетом важности решаемых задач по координации организационной деятельности (в частности, в сфере контроля качества оказываемой психотерапевтической помощи), должен быть разработан механизм эффективной координации такого рода организационной деятельности.

#### **Нормативное обеспечение качества психотерапевтической помощи**

В настоящее время и с учетом существующих условий нет никаких сомнений в том, что вопросы обеспечения качества оказываемой психотерапевтической и психологической помощи должны регулироваться специальным федеральным законом, местными законами и соответствующими подзаконными актами, обязательными для исполнения.

Таким образом, должно быть сформировано нормативное поле, максимально благоприятное для развития системы психотерапевтической помощи и разворота этой системы в сторону постоянного повышения качества оказываемых населению услуг.

В этих нормативных актах должны быть четко прописаны процедуры разработки главных инструментов обеспечения качества психотерапевтической помощи — профессиональных стандартов и правил — и приведены основные компоненты этих важнейших инструментов.

Собственно говоря, в этой последней нормативной части и смыкаются все вышеприведенные компоненты системы управления качеством психотерапевтической помощи.

#### **Заключение**

Полагаем, что с использованием материалов, приведенных в настоящей публикации, у специалистов психотерапевтического и любого другого ментального профиля сложится более ясное представление о категории качества и процессах управления качеством психотерапевтической помощи. Что, в свою очередь, будет способствовать ускоренной институализации главных механизмов и инструментов СМК ПП, а также росту социального рейтинга профессиональной психотерапии.

#### **Литература**

Катков А.Л. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса// Теория и практика охраны психического здоровья. - 2015. - №2 (1). - С.2-30.

#### **QUALITY MANAGEMENT OF PSYCHOTHERAPEUTIC HELP**

**Katkov A. L.** – MD, Professor, rector of the International Institute of social psychotherapy, Saint Petersburg.

**Annotation:** In the article by Katkov A. L. "Management of quality psychotherapeutic help" a functional definition of the quality of professional psychiatric help is considered. The quality management system of psychotherapeutic help (QMS PH) is explained. There is a brief description of the main components of QMS PH. The main tools of QMS PH – professional standards and rules approved in the field of professional psychotherapeutic activities are discussed in detail.

**Key words:** psychotherapy, quality of care, management, normative regulation.

#### **ПСИХОЭТИКА**

**Катков Александр Лазаревич**, д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, г.Санкт-Петербург.

**Аннотация:** В статье рассматривается функциональное определение психозетики. Приводятся и кратко описываются основные структурные компоненты психозетики. Оцениваются перспективы развития данного направления в процессах исследовательской, практической и нормативно-организационной деятельности психологического, психотерапевтического и иного психотехнического профиля.

**Ключевые слова:** психозетика, психозкология, нормативное регулирование.

#### **Введение**

Необходимость обращения к теме психозетики, исследования семантики этого емкого понятия и переформатирования его содержания в соответствии с актуальным социальным запросом, связана со следующими обстоятельствами:

необходимостью поиска и обоснования экспертных подходов и критериев оценки степени конструктивности-деструктивности используемых психотехнологий с позиции влияния на качественные характеристики индивидуального и социального психического здоровья;

необходимостью выведения обоснованных этических и экологических принципов оформления помогающих и развивающих практик (включая психотерапию и консультирование);

наличием глобальных экологических проблем, эффективное решение которых невозможно без учета последних достижений в сфере эволюционной этики (т. е. – психозетики, психозэкологии);

наличием глобальных проблем, связанных с современным пониманием категории индивидуальной и социальной свободы – как главного условия сохранения потенциала выживания и развития человека в современном мире.

**Краткие комментарии** к каждому из перечисленных тезисов следующие.

Одно только перечисление интенсивно используемых психотехнологий с очевидно деструктивным вектором влияния на психику человека убедительно показывает, что эта сфера должна, во-первых, адекватно исследоваться и оцениваться соответствующими экспертными группами. А во-вторых, – четко регулироваться с использованием экологически выверенных инструментов такого гуманитарного контроля.

Так, например, Узлов Н.Д. (2011), обозначает следующие психотехнологии, ограничивающие свободу человека: социальное влияние, манипулирование личностью, манипуляция сознанием, скрытое управление человеком, тайное принуждение личности, контроль сознания, промывание мозгов, рефлексивное управление, психоинжиниринг, психологическое кодирование, программирование, зомбирование, шизофренизация массового сознания, теневая психология.

В то же время, наиболее резонансные публикации последних лет, включая и выступления лидеров культурно-интеллектуальной элиты РФ в медийном пространстве, однозначно указывает на совершенно беспрецедентные и растущие масштабы использования деструктивных психотехнологий (например, создание виртуальных «групп смерти», компьютерной игры «синий кит» и пр.) и актуальный социальный запрос на адекватное регулирование данной сферы активности профессионалов и парапрофессионалов.

Другой импульс к исследованию рассматриваемой темы исходит уже от профессионального сообщества специалистов психологического и психотерапевтического профиля, озабоченного проблематикой отделения «зерен» собственно профессиональных, экологически выверенных технологий – от «плевел» парапрофессиональной практики.

При этом некоторое недоумение вызывает стремление профессиональных лидеров решать эту проблему упрощенно – за счет жесткого ограничения допуска к профессиональной психологической и психотерапевтической деятельности, игнорируя факт того, что пространство «нелегалizadas» психотехнологий с сомнительным вектором влияния на психику человека в этом случае будет только лишь увеличиваться.

Далее следует иметь в виду достижения современных нейронаук – в частности такой «модной» науки как нейроэкономика – которые убедительно показывают абсолютную бесперспективность выстраивания каких-либо экологических моделей поведения современного общества при отсутствии или слабости механизмов жесткого нормативного прессинга. Основной тезис нейроэкономики – доминирование ситуативных (здесь и теперь) над стратегическими (там и тогда) выгод и поддержка закономерной активностью нейронных сетей человека именно такого выгодного поведения – полностью объясняет провалы некомпетентной политики и обосновывает практику жесткого нормативного регулирования сферы психотехнической деятельности.

И, наконец, следует иметь в виду неутешительный итог комплексного и многолетнего исследования проблемы деструктивных социальных эпидемий (А.Л. Катков. 2013), демонстрирующих глобализацию проблематики тотальной зависимости современного человека – не в последнюю очередь за счет бесконтрольного использования агрессивных психотехнологий – и необходимости пересмотра функционального содержания категории индивидуальной и социальной свободы. В данном исследовании обосновывается позиция того, что в свете современных реалий категория свободы должна с необходимостью включать и высокий уровень индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному информационному воздействию. В противном случае процесс искусственного отбора, который в настоящем и будущем будет определять основные направления эволюционного развития человека, может зайти в опасный тупик. В связи с этим, само по себе понятие свободы – по своему актуальному функциональному содержанию – следует понимать, как фундаментальный параметр порядка, обеспечивающий перспективу развития человечества как биологического вида. Отсюда выводятся и функциональные основы категории этики, в частности психозетики, являющейся, в этом смысле, практикой приверженности принципам свободного и безопасного развития человека, методологий и практикой обеспечения обозначенного сверх-актуального параметра порядка в глобальном мире.

В связи со всем сказанным, психозетика определяется нами как: учение о нравственной (экологической) стороне психотехнической деятельности человека, имеющей прямое отношение к процессу выживания человека в агрессивной среде.

В историческом контексте психозетика является закономерным и актуальным «продуктом» развития классической этики и биоэтики, имеющим важные содержательные и качественные отличия от своих предшественников.

В то же время, психозетика до некоторой степени, повторяет сценарий развития биоэтики – в той части, когда понятие биоэтики, впервые обнародованное в первой половине прошлого века, оказалось востребованным лишь в 70-е годы XX века – при наличии реальной угрозы от бесконтрольного производства и употребления лекарственных средств (к примеру, именно в это время появились случаи массовых дефектов у новорожденных детей при употреблении матерями в период беременности непроверенных лекарственных препаратов).

В контексте функциональной взаимообусловленности психозетики является важнейшим системообразующим концептом еще более широкого и объемного понятия «психозэкология», которое в отсутствии данного стержневого концепта лишается своего подлинного теоретического содержания и институционального потенциала (т. е. практики дисциплинарного правоприменения).

В аспекте взаимодействия с разработанными психогигиеническими и психопрофилактическими подходами психозтика является важным теоретическим, нормативным и практическим стимулом к качественному обогащению и существенному росту эффективности в использовании данных подходов.

Психозтика, как понятно из всего сказанного, определяет формирование нормативной базы всех дисциплин и практик, подпадающих под определение «психотехнологии».

Таким образом, психозтика, так или иначе, является действенным этико-экологическим концептом психотехнической деятельности человека во всех ее наиболее важных аспектах, обеспечивающим безопасность и максимальную эффективность данной деятельности в долговременной перспективе.

**Содержательные компоненты**, выводимые из приведенных концептуальных характеристик психозтики, выглядят следующим образом.

*Тематические исследования:* данный компонент, во-первых, должен выстраиваться в соответствии с общей методологией формирования Базисной научно-исследовательской программы (раздел психотехнологий), реализуемой по профилю авангардного направления развития наук о психике; а во-вторых, – предусматривать разработку специального методологического инструментария, использование которого, в том числе, предусматривает специфику информационного – медийного и интернет – пространства; далее, должны быть разработаны и оформлены этические правила проведения тематических исследований в сфере психотехнологий, которые в максимальной степени учитывают специфику таких исследований. Первые шаги, сделанные в данном направлении, показывают необходимость и перспективу адекватной разработки данного содержательного компонента (Назаров М.М., 1999, Катков А.Л. 2013).

*Идентификация, картирование (систематизация) и постоянный мониторинг* используемого ассортимента психотехнологий, в том числе и за счет реализации соответствующего фрагмента Базисной НИП: данный компонент психозтики позволяет уточнить характеристики основной точки «приложения» данной мета-дисциплины, что, собственно, является прологом эффективного контроля в сфере использования как нормативных, так и деструктивных психотехнологий.

*Разработка методологии и широкомасштабная практика проведения комплексной экспертизы используемых психотехнологий* на предмет выявления спектра их воздействия на психику человека: данный компонент, помимо необходимости разработки соответствующей методологии проведения комплексной гуманитарной экспертизы, должен предусматривать и формирование должного количества подготовленных экспертных групп, и, следовательно, – разработку программ их подготовки (Леонтьев Д.А., Иванченко Г.В., 2008).

*Формирование устойчивости к агрессивному влиянию информационной среды:* данный компонент представляет собой «другую сторону» психозтики, поскольку направлен на обеспечение психологической безопасности за счет повышения индивидуальной и социальной устойчивости, а не только – за счет уменьшения агрессивности информационной среды; реализация данного компонента тесно увязывается с разработкой обязывающих норм в области развития индивидуального и социального психологического здоровья (или, правильнее сказать, соответствующих качественных характеристик психического здоровья). Следует специально отметить, что к настоящему времени вопросы теории и практики формирования высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья, в частности, с использованием метамоделей социальной психотерапии, в основном, решены (Катков А.Л. 2015).

*Профессиональная этика специалистов помогающего и развивающего профиля, а также специалистов, действующих в сфере информационных психотехнологий:* данный компонент психозтики к настоящему времени проработан явно недостаточно, особенно в последней части; понятие этической нормы такого рода профессиональной деятельности – для того, чтобы эффективно воплощаться – должно быть тесно увязано с юридической нормой, устанавливаемой на законодательном уровне. Однако первые шаги в этом направлении уже делаются. (Малюк А.А., Полянская О.Ю., Алексеева И.Ю. 2016).

*Нормотворчество и нормативное регулирование:* данный компонент, по сути, является основным действенным практическим инструментом психозтики и требует исключительной профессиональной компетенции в разработке соответствующих законодательных и рабочих норм (системы профессиональных стандартов, порядок разработки и утверждения которых так же определяется законодательно). Специально следует отметить, что именно в период 2017 года, по всей видимости, будет разработан и принят Федеральный закон РФ «О психологической помощи», в котором рассматриваемый компонент психозтики может быть представлен только лишь с узко-профессиональных позиций, предусматривающих ограничение допуска к оказанию психологической помощи для многих профессиональных групп с недостаточной – по требованию данного закона – подготовкой. Либо готовящийся законопроект будет охватывать проблематику психологической безопасности в более или менее емких масштабах, соответствующих актуальному социальному запросу. В последнем случае «цена» вопроса эффективного нормативного управления качеством психологической помощи и психологической безопасности еще более повышается. Отсюда – необходимость форсированного продвижения в методологии управления (регулирования) психотехнической деятельности.

*Координация и организация:* данный компонент психозтики должен быть разработан и представлен в проекте Федерального закона, регулирующего вопросы оказания психологической помощи и психологической безопасности – в одноименном разделе; в соответствии с важностью вопросов координации и организации профессиональной деятельности в рассматриваемой сфере, в готовящемся законопроекте должно быть предусмотрено создание уполномоченного федерального органа (например, профильного координационного комитета с правом принимать юридически обоснованные решения по вопросам, входящим в сферу компетенции данного комитета). Кроме того, должна быть обозначена и прописана обширная сфера компетенции профильных общественных – саморегулируемых и иных – организаций, способных осуществлять оперативный контроль в области психотехнической деятельности.

**В заключении** укажем на важность адекватной разработки всех поименованных содержательных блоков психозтики, поскольку именно таким образом и может быть сформирована концептуальная платформа безопасного и развивающего информационного пространства, необходимая для жизнедеятельности современного человека.

#### Список литературы

Катков А.Л. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование) / - Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.

Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии. Монография. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 567 с.

Катков А.Л. Качество психического здоровья (системные характеристики феномена по результатам комплексного исследования)// Теория и практика охраны психического здоровья. - 2015. - №1 (1). - С.2-88.

Леонтьев Д.А., Иванченко Г.В. Комплексная гуманитарная экспертиза//Москва. - Смысл. - 2008. - 133 с.

Малюк А.А., Полянская О.Ю., Алексеева И.Ю. Этика в сфере информационных технологий//Москва. - Горячая линия — Телеком. - 2016. - 344 с.

Назаров М.М. Массовая коммуникация в современном мире (методология анализа и практика исследования)//Москва. - 1999. - 239 с.

Узлов Н.Д. Психотехнологии: к проблеме определения понятий//2011

#### PSYCHOETHICS

**Katkov A. L.** – MD, Professor, rector of International Institute of social psychotherapy, Saint-Petersburg.

**Annotation:** In the article by A. L. Katkov "Psychoethics" the functional definition of the concept is contemplated. The major structural components of psychoethics are listed and briefly described.

The prospects of development of this course in the processes of research, practical and normative-organizational activities of psychological, psychotherapeutic and other psycho-profile are evaluated.

**The key words:** psychoethics, psyhoecology, normative regulation.

#### КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Кудряшова Вера Юрьевна**, медицинский (клинический) психолог 1-го отделения биологической терапии психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

**Сарайкин Дмитрий Михайлович**, м.н.с., медицинский (клинический) психолог лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева).

**Иванов Михаил Владимирович**, (д.м.н., профессор, руководитель 1-го отделения биологической терапии психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы совладания с жизненными трудностями и саморегуляции поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами. Приведено сравнительное исследование, частотный анализ, корреляционный анализ предпочтительных копинг-стратегий и стилей саморегуляции поведения, а также клинические наблюдения в виде выдержек из бесед с больными.

**Ключевые слова:** шизофрения, аффективные расстройства, копинг-стратегии, совладание со стрессом, саморегуляция поведения.

*Актуальность.* Анализ, сравнение и соотношение копинг-стратегий и саморегуляции поведения у больных эндогенными психическими расстройствами является актуальной проблемой в медицинской психологии. Данная тема пока мало освещена в литературе. Разработка этого вопроса будет способствовать углублению знаний о способах совладания личности, имеющей хроническое психическое заболевание, со стрессом.

Проблема преодоления личностью стрессовых ситуаций изучается психологами почти на протяжении века, и по сей день остается важной в науке – в том числе и касательно людей, имеющих эндогенное психическое расстройство [2; 4; 5; 6; 7; 11; 17; 20; 21; 22; 23; 26; 27; 33;34]. Сейчас в лечении таких больных большое внимание стало уделяться психологическим аспектам, индивидуальным и групповым формам психологической коррекции, что отмечали такие авторы как В.Д. Вид, М.М. Кабанов, В.М. Воловик, Н.Б. Лутова и др. [5; 7; 9; 10]. Имея понимание о ведущих копинг-стратегиях, уровне саморегуляции поведения и их взаимосвязях, можно разрабатывать психокоррекционные мероприятия, делая их более эффективными, направленными на научение конструктивно взаимодействовать с окружающим миром.

Приведем некоторые данные. Больные шизофренией, как правило, предпочитают копинги, связанные с избеганием. При этом чем дольше тянется заболевание, тем более выражены эти тенденции. Возможно, отчасти это связано с нарастанием негативной симптоматики и ослаблением психической продукции, происходящими к исходу заболевания [35]. В исследовании Т.Л. Ряполовой [36] сравниваются копинг-стратегии у больных шизофренией в двух группах – с впервые установленным диагнозом и с повторными рецидивами. Выявлено, что 69% больных с первым эпизодом предпочитают копинги, ориентированные на эмоции, 25% – на решение задач и только 6% – на избегание проблем. Однако, после возникновения рецидивов картина становится «классической» – преобладают копинги, ориентированные на избегание (58%), в меньшей степени выражены направленность на эмоции (29%) и на решение проблем (13%). Использование

избегания как основной поведенческой стратегии приводит к формированию негативно окрашенного образа Я, с присущим ему низким уровнем самооценки и осознания себя. По мнению Т.Л. Ряполовой [36] это «предопределяло повышенную уязвимость к стрессу и являлось диагностическим предиктором рецидивов заболевания и дезадаптивного поведения больных». По данным Е.Ю. Антохина, В.Г. Будзы и соавторов [4] использование адаптивных и неадаптивных копингов у больных шизофренией и у условно здоровых людей в контрольной группе принципиально не отличается по частоте. Однако, больные шизофренией чаще ориентированы на избегание. В когнитивной сфере не было выявлено различий в применении адаптивных и неадаптивных совладающих стратегий, хотя здоровые люди чаще прибегают к анализу возникших трудностей и поиску возможных путей их решения. Пациенты, страдающие шизофренией, часто используют копинг-стратегию «придача смысла», почти не свойственную здоровым людям, что может быть объяснено патологическими особенностями их мышления. В эмоциональной сфере больные шизофренией преимущественно используют копинги «оптимизм» и «подавление эмоций». При этом условно здоровые так же склонны к «оптимизму», но, в отличие от больных, реже подавляют эмоции, вероятно, находя для них конструктивные способы отреагирования. Авторы отмечают, что копинг «протест», адаптивный у здоровых людей, у больных, напротив, оказывается неадаптивным, что, скорее всего, сопряжено с неадекватностью силы и мотива протеста реальному положению дел, ввиду специфичности восприятия пациентами с шизофренией окружающего мира: тенденциями к придаче происходящему «особого смысла», периодически возникающей психопродукцией и эмоционально-волевыми нарушениями. Больные шизофренией помимо выбора копинга «придача смысла» нередко склонны к использованию копинга «религиозность» [11]. По данным Б.А. Воскресенского [11], некоторые пациенты с шизофренией, при условии, что обращение к религии произошло до болезни или в период стойкой ремиссии, легче переносили пребывание в стационаре, лучше формировали лекарственный комплаенс и контакт с врачом, по сравнению с другими пациентами с тем же диагнозом. Ю.И. Полищук [33] отмечает, что у религиозной веры, при правильном ее использовании, есть высокий терапевтический потенциал. Е.Р. Исаева и Т.В. Соколовская [22], исследовали копинг-механизмы у пациентов с различными формами мало- и умеренно-прогредиентной шизофрении. У таких больных имеется, вопреки расхожему мнению, «не дефицит навыков и бедность репертуара выбираемых способов решения трудных жизненных ситуаций, а невозможность в силу когнитивных расстройств осмыслить и адекватно оценить стрессовую ситуацию». В работе Н.М. Залуцкой [17] приведены данные, что у пациентов, отличающихся неустойчивым выбором копинг-стратегий, присутствуют довольно сильно выраженные признаки слабости «Я», что является базовым расстройством при шизофрении.

Саморегуляция поведения является одной из составляющих совладания, т.к. во многом обеспечивает устойчивость и целенаправленность деятельности. Способность регулировать свое поведение тесно связана с волевым компонентом. При шизофрении, по мере развития апато-абулической симптоматики, – воля, как один из регуляторных процессов, распадается. В свою очередь, это может вызывать страх и растерянность. В.Д. Вид [7; 8] отмечает, что для здоровой личности не характерно ощущение беспомощности, чувство внутренней пустоты и трудностей с целеполаганием, а для больного шизофренией, у которого наблюдается выраженная слабость Я, входящая, по мнению некоторых авторов в картину болезни [17], наблюдаются подобные сложности. Одной из причин ослабления способности к саморегуляции, возможно, является нарушение согласованности отдельных поведенческих актов со стимулами из внешней среды [3]. С.П. Ивашев [19] выявил, что у больных шизофренией в первую очередь возникают нарушения в деятельности, требующей использования внешней обратной связи, в то время как произвольные формы деятельности, не предполагающие взаимодействия с окружающими, остаются относительно сохраненными.

В исследуемой выборке больные аффективными расстройствами находились, преимущественно, в депрессивной фазе. Известно, что депрессивное состояние характеризуется пониженным настроением, снижением психической, эмоциональной, двигательной и волевой активности, затормаживанием интеллектуальной деятельности [16], отмечаются нарушения сна, сильная усталость даже после незначительных усилий [26], что накладывает отпечаток на механизмы совладающего поведения. О.В. Муравьевой и Т.Н. Разуваевой [32] обнаружено, что у таких пациентов наиболее адаптивны поведенческие копинги, а наименее адаптивны – эмоциональные. Как правило, им свойственно использование копинг-механизмов, направленных на редукцию эмоционального напряжения, устранения или избегания травмирующей ситуации [25]. Стоит упомянуть адаптивные возможности такого копинг-поведения – если причина возникновения проблемы неконтролируема и носит хронический характер, то имеет целесообразность уклоняться от травмирующего воздействия стрессора, особенно если это осознанное избегание или дистанцирование на когнитивном уровне проявляется в придании ситуации нового смысла, положительной переоценке происходящего [1]. У пациентов с депрессией развита способность анализировать сложную жизненную ситуацию, планировать ее урегулирование – об этом свидетельствует выбор конструктивных копингов «планирование решения проблемы» и «принятие ответственности» [25]. Впрочем, конструктивность копинга «принятие ответственности» у депрессивных пациентов вызывает сомнения, т.к. для них свойственно чувство вины, гиперболизация ответственности за происходящее, в ряде случаев входящие до патологического – «бред виновности», «греховности» и т.п. [35]. В работе Е.Р. Исаевой и Н.В. Зуйковой [21] обследуемые часто прибегали к копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», а в эмоциональной сфере отличались выбором копингов «самоконтроль» и «принятие ответственности». Причем, в последнем случае авторы отмечают, что в своих крайних проявлениях данный копинг теряет адаптивность и выражается в ощущении своей вины во всех жизненных трудностях [21]. В поведенческой сфере пациенты с депрессией привержены к «бегству-избеганию», «дистанцированию от проблемы», а также к «конфронтации». Таким образом, копинг-стратегии, преимущественно выбираемые больными депрессией, характеризуются направленностью на управление эмоциями, а не на урегулирование жизненных трудностей [21]. Это может усугублять проблемную ситуацию, т.к. осознание чувств и эмоций может давать энергию на совладание со стрессом и делать коммуникацию более конструктивной. Е.Р. Исаева и Н.В. Зуйкова [21] отмечают, что депрессивные

пациенты склонны к пассивному, приспособительному поведению – если они делали попытки разрешить проблему, то старались сделать это путем поиска эмоциональной поддержки и помощи от значимых лиц, т.е. наблюдались симбиотические тенденции. Т.о. конструктивная поведенческая активность постепенно угасает, больные становятся зависимыми, слабыми, ухудшается их адаптация к внешней среде и, как следствие, усугубляется депрессивная симптоматика.

Е.А. Дубицкой [12] в диссертационном исследовании предлагается интересная классификация копинг-механизмов у пациентов с депрессивными расстройствами. Выделяется пять типов копинг-поведения – тревожно-фобический, алекситимический, истероформный, мистико-архаический и анозогнозический. В первом случае совладание характеризуется повышенными симбиотическими тенденциями, во втором – подавлением эмоций, в третьем – симбиотическими тенденциями и привлечением внимания окружающих, возможна своеобразная соматизация переживаний. При мистико-архаическом варианте пациенты склонны обращаться к религии, придавать особый смысл своей болезни и жизненным трудностям. В последнем случае отрицается как свое заболевание, так и любые сложности. Каждый из перечисленных вариантов копингов, проявляющихся в когнитивной, эмоциональной и поведенческих сферах, ведет к той или иной степени дезадаптации, т.к. наблюдается чрезмерное преобладание одного механизма поведения. Пациенты с депрессией, как правило, отличаются снижением уровня саморегуляции поведения. Вероятно, это связано с характерным для них избеганием и дистанцированием от проблемы, а так же с подавлением эмоций, тягостными переживаниями вины и симбиотическими тенденциями. В силу этих особенностей, обратная связь, получаемая от окружающих в ответ на их действия, может трактоваться искаженно [3], приводя к неспособности регулировать свое состояние и выбирать адаптивные способы поведения.

На основании обзора литературы и собственных клинических наблюдений были выдвинуты следующие *гипотезы исследования*:

1. Уровень саморегуляции поведения у больных шизофренией ниже, чем у больных аффективными расстройствами.
2. У больных шизофренией преимущественно преобладают такие копинг-стратегии, как дистанцирование, бегство-избегание, конфронтация. Поведенческий и когнитивный копинги отличаются большей конструктивностью по сравнению с эмоциональным, однако, они пассивного характера. Практически не используются копинг-стратегии, направленные на снятие эмоционального напряжения и выражения чувств.
3. У больных аффективными расстройствами преобладают такие копинг-стратегии, как поиск социальной поддержки, планирование и самоконтроль. Аффективные больные, напротив, используют копинг-стратегии, направленные на снижение эмоционального напряжения и выражение чувств.
4. Чем более больные обеих исследуемых групп ориентированы на использование копинг-механизмов, направленных на избегание, игнорирование, диссимуляцию и прочие способы уклонения от разрешения возникающих трудностей, т.е. неконструктивные способы совладания, тем ниже у них будет уровень саморегуляции поведения.

*Цель исследования*: исследование копинг-стратегий, саморегуляции поведения и проявлений симптоматики у больных шизофренией и аффективными расстройствами.

*Задачи исследования*:

1. Сравнить уровень саморегуляции поведения в обеих исследуемых группах пациентов.
2. Выявить наиболее часто используемые копинг-стратегии в обеих исследуемых группах больных – с расстройствами шизофренического и аффективного спектров.
3. Исследовать взаимосвязь саморегуляции поведения и копинг-стратегий у больных в обеих группах.

*Предмет исследования*: копинг-стратегии, механизмы саморегуляции поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами.

*Объект исследования*: выборка состоит из двух групп: 1-ая группа – больные шизофренией, 2-ая группа – больные аффективными расстройствами. Длительность заболевания не превышает 5–6 лет. Общее количество составило 50 человек, из них 25 мужчин и 25 женщин. Средний возраст испытуемых 35,8<sub>±</sub>5. Все обследованные пациенты предъявляли жалобы тревогу, подавленность и угнетенность, снижение общей активности, неприятные соматические ощущения различного характера и локализации.

*В исследуемой выборке находились пациенты со следующими диагнозами:*

Недифференцированная шизофрения, непрерывный тип течения (F20.3) – 1 человек

Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3) – 1 человек

Параноидная шизофрения (F20.0):

тип течения эпизодический – 10 человек

период наблюдения менее года – 6 человек

непрерывный тип течения – 3 человека

неуточненный тип течения – 4 человека

БАР текущий эпизод смешанного характера (F31.6) – 5 человек

БАР текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3) – 10 человек

БАР текущий эпизод тяжелой депрессии с другими психопатическими симптомами (F31.5) – 1 человек

Рекуррентное депрессивное расстройство: текущий эпизод средней степени (F33.1) – 7 человек

Пациенты с шизофренией получали лекарственную терапию, преимущественно, галоперидолом (10–20 мг/сут), циклодолом (4–6 мг/сут), азалептином (75–200 мг/сут) и клопиксолом (15–30 мг/сут).

Лекарственная терапия больных аффективными расстройствами, в частности, пациентов с рекуррентной депрессией в большинстве случаев представлена amitриптилином (50–100 мг/сут), анафранилом (50–100 мг/сут), велаксином (75–150 мг/сут), флуоксетином (10–20 мг/сут); пациенты с биполярным аффективным расстройством получали, преимущественно, карбамазепин (400–600 мг/сут), седалит (900–1200 мг/сут) и депакин (500–1000 мг/сут).

Больные шизофренией были обследованы своими лечащими врачами по PANSS, результаты свидетельствовали о не остром состоянии, соответствующем этапу становления ремиссии.

Пациенты с аффективными расстройствами были обследованы своими лечащими врачами по шкале Гамильтона для оценки депрессии, при этом их состояние оценивалось как не острое, соответствующее легкому депрессивному расстройству или депрессивному расстройству средней степени.

*Применялись следующие методы исследования:*

- 1) Клинико-психологический (беседа, наблюдение)
- 2) Экспериментально-психологический

- Методика «Механизмы копинг-поведения» Э. Хайма (адаптация проведена в лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, под руководством доктора медицинских наук профессора Л.И. Вассермана в 1988 году [29]).

- Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (опросник адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирован в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой [24; 28; 30]).

- Методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (адаптирована в НИПНИ им. В.М. Бехтерева Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским в 1995 году [13]).

- Опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой (создан в 1988 году в Психологическом институте РАН в лаборатории психологии саморегуляции заведующей В.И. Моросановой и ее коллективом, пригодна как для научных исследований, так и в качестве инструмента практической диагностики различных аспектов индивидуальной саморегуляции [31]).

Обработка проводилась с помощью SPSS 17.0. Проверка показала, что распределение всех изучаемых признаков не является нормальным, поэтому использовались следующие критерии: для сравнения средних – U Манна-Уитни, для изучения корреляций – R Спирмена. Применялся также частотный анализ (Z-критерий). Также использовался качественный анализ данных.

*Результаты экспериментально-психологического исследования:*

Таблица №1. Средние значения показателей саморегуляции поведения в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами. Отличия между группами.

Показатель	Средний ранг в группе больных шизофренией	Средний ранг в группе больных аффективными расстройствами	Уровень значимости отличий, p
«Планирование»	29,46	21,54	p<0,05
«Самостоятельность»	29,32	21,68	p<0,05
«Общий уровень саморегуляции поведения»	29,82	21,18	p<0,05

Как видно из Таблицы №1, способность к планированию и самостоятельности, а также общего уровня саморегуляции поведения у больных шизофренией достоверно выше, чем у больных с аффективными расстройствами.

Далее отражены показатели исследования копинг-стратегий и качественный анализ данных. Статистическому анализу было подвергнуто 26 показателей методики исследования копинг-механизмов Э. Хайма, расположенных в трех сферах – когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Применялся Z-критерий. Полученные результаты представлены в таблице №2. Отображены только те показатели, в частоте встречаемости которых в сравниваемых группах были обнаружены статистически достоверные отличия. Также был проведен качественный анализ частоты встречаемости показателей копинг-стратегий в каждой группе пациентов.

Таблица №2. Сравнение использования копинг-стратегий в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами. Отличия между группами, Z-критерий:

Показатель		Больные шизофренией	Больные аффективными расстройствами	Уровень достоверности отличий, p
Когнитивные копинги	«Диссимуляция»	16%	0%	p<0,05
	«Игнорирование»	0%	24%	p<0,05
Эмоциональные копинги	«Эмоциональная разрядка»	0%	16%	p<0,05

	«Оптимизм»	56%	26%	p<0,05
Поведенческие копинги	«Активное избегание»	16%	0%	p<0,05
	«Альтруизм»	20%	0%	p<0,05

Как видно из таблицы №2, в когнитивной сфере больные шизофренией отмечают у себя тенденцию к диссимуляции проблемной ситуации (16%), т.е. склонны к сознательному сокрытию возникающих сложностей, в том числе и признаков болезни [18]. Так, например, пациент Ш. (параноидная форма шизофрении, непрерывное течение, галлюцинаторно-параноидный синдром) на вопрос, с какими сложностями он сталкивался в последнее время, отвечает: «Никаких проблем, все хорошо и со здоровьем, и на работе». На комментарий психолога о том, что, со слов родственников, он совершал неадекватные действия под воздействием «голосов», в связи с чем они были вынуждены вызвать скорую помощь и направить его на лечение в психиатрическую больницу, пациент смущенно улыбнулся, махнул рукой и сказал: «Ну, это так... Ерунда была. Ничего такого серьезного не было, никаких проблем!». Больные аффективными расстройствами более склонны игнорировать возникающие сложности (24%). Они бессознательно контролируют поступление информации неприятного содержания, стараясь ограничить получение подобных сведений или воспринимают их искаженно [14, 15, 16]. Например, пациентка Г. (рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами) в беседе сообщает: «Я стараюсь не замечать того, что мне мешает. Так проще жить. Зачем себя напрасно мучать?». На замечание исследователя, что таким образом можно, вероятно, упустить из поля зрения что-то важное, отвечает: «Нет, все будет хорошо. Не надо концентрироваться на трудностях, лучше думать о хорошем». Т.о., обе группы пациентов предпочитают пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей.

В эмоциональной сфере пациенты с аффективными расстройствами отмечают у себя склонность отреагировать эмоциями (16%), тем самым снижая напряжение, связанное со стоящими перед ними трудностями. Например, пациент А. (биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов) в беседе с психологом, на вопрос о том, как он справляется со своим эмоциональным напряжением, отвечает так: «Если я в депрессии, то плачу, плачу, плачу... А если в мании, то кричу на родителей, на брата, ругаюсь с ними...». Больные шизофренией достоверно чаще используют копинг-механизм «Оптимизм» (56%): например, пациентка Е. (параноидная шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром) в разговоре с исследователем сообщает: «Я заболела, и это самая большая проблема, с которой я сталкивалась в жизни. Но я уверена, что смогу с этим справиться. Буду принимать лекарства, наблюдаться у врача, я очень хочу выздороветь. Уверена, что лечение мне поможет, и я снова смогу жить нормальной жизнью. В любой ситуации всегда можно найти выход». У пациентов с аффективными расстройствами «Оптимизм» встречается реже (26%). Однако, адаптивность данного копинг-механизма именно у больных шизофренией, в ряде случаев вызывает сомнение, поскольку, такие пациенты так же склонны к диссимуляции и активному избеганию существующих проблем. Соответственно, оптимистичный настрой и уверенность в том, что все сложности преодолимы, могут сочетаться с нежеланием замечать проблемы, избеганием действий по их разрешению, что не способствует успешной адаптации к условиям внешней среды.

В поведенческой сфере у пациентов с шизофренией можно наблюдать предпочтительный выбор таких копинг-механизмов как «Активное избегание» (16%) и «Альтруизм» (20%). На первый взгляд, такое сочетание может показаться парадоксальным, особенно в силу того, что в картине шизофрении, как правило, всегда есть в наличии аутизация, замкнутость и обеднение эмоций, в связи с чем больные кажутся равнодушными даже к своим близким. Однако альтруистическими проявлениями пациенты с шизофренией отвлекаются от собственных сложностей, это помогает им почувствовать свою значимость и снизить возникающую тревогу, что подкрепляется клинико-психологическими данными. Например, пациентка С. (параноидная форма шизофрении, тип течения эпизодический, галлюцинаторно-параноидный синдром) в беседе отмечает: «Мне нравится помогать людям. Мы сейчас делаем ремонт, и на выходных, когда меня отпускают из больницы домой, я всегда стараюсь помочь маме и брату, мне становится легче от того, что от меня есть польза».

По результатам качественного анализа частоты встречаемости в каждой группе получены следующие данные:

Группа 1, больные шизофренией:

В когнитивной сфере пациенты с шизофренией склонны к выбору копингов «Установка собственной ценности» (20%), «Диссимуляция» (16%), «Религиозность» (16%).

В эмоциональной сфере больные шизофренией отмечают у себя использование копингов «Оптимизм» (56%), «Подавление эмоций» (12%), «Протест» (12%).

В поведенческой сфере пациенты с шизофренией отличаются склонностью к «Отступлению» (16%) и «Альтруизму» (20%).

Группа 2, больные аффективными расстройствами:

В когнитивной сфере пациенты с аффективными расстройствами склонны к «Игнорированию» (24%) и «Растерянности» (20%).

В эмоциональной сфере пациенты с аффективными расстройствами выбирают копинги «Оптимизм» (28%) и «Покорность» (20%).

В поведенческой сфере больные аффективными расстройствами склонны к «Компенсации» (20%) и «Отвлечению» (20%).

*Обсуждение исследования взаимосвязей саморегуляции поведения и копинг-стратегий в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами:*



Для изучения корреляций применялся критерий R Спирмена. Результаты, полученные в обеих группах, приведены в таблицах №3 и 4.

Таблица №3. Взаимосвязи саморегуляции поведения и копинг-стратегий в группе 1.

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результатов	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень
Конфронтация	0,638**		0,428*			0,397*	0,638**
Дистанцирование	-0,481*						
Самоконтроль	0,459*		0,533**				0,537**
Разрешение проблем		0,447*					0,578**
Избегание проблем			-0,404*				
Поиск соц.поддержки			0,437*		0,448*		
Планирование разрешения проблем			0,571**				0,571**
Бегство-Избегание				-0,561**			
Принятие ответственности						-0,453*	

\*\* корреляция значима на уровне 0,01

\* Корреляция значима на уровне 0,05

Таблица №4. Взаимосвязи саморегуляции поведения и копинг-стратегий в группе 2.

	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результатов	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень
Разрешение проблем	0,415*	0,490*		0,515**			0,424*
Бегство-Избегание	-0,556**	-0,596**	-0,413*	-0,747**	-0,550**		-0,719**
Планирование решения проблемы	0,542**	0,579**		0,590**	0,462*		0,677**
Принятие ответственности		0,625**					
Поиск социальной поддержки			-0,426*				
Самоконтроль				0,443*		0,716**	0,514**
Конфронтация							-0,420*
Дистанцирование							-0,428*

\*\* корреляция значима на уровне 0,01

\* Корреляция значима на уровне 0,05

Как видно из таблиц №3 и №4, при выраженной способности к планированию своих действий пациентам с шизофренией не свойственно обесценивать происходящее и дистанцироваться от проблемной ситуации. Большим аффективными расстройствами может быть свойственна чрезмерная рационализация, низкая поведенческая гибкость и сниженная способность быстро адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды, при способности к конструктивному планированию своих действий по разрешению проблемы. Периодически пациенты из обеих исследуемых групп могут уходить в излишнее фантазирование, что проявляется в недостаточном стремлении к конструктивной деятельности. У больных аффективными расстройствами обнаружена интересная тенденция к непринятию ответственности за свои действия при слабой выраженности механизма избегания. То есть, они не отказываются от разрешения проблем, но и не принимают ответственности за свои действия. При этом отмечается чрезмерная самокритичность, склонность к самообвинению.

Чем менее устойчива самооценка, тем более пациенты с шизофренией склонны к избеганию трудностей. У пациентов с аффективными расстройствами в этом случае может отмечаться эмоциональная неустойчивость, импульсивность.

*Выводы из проведенного исследования:*

- Общий уровень саморегуляции поведения у больных шизофренией выше, чем у пациентов с аффективными расстройствами.

• У больных шизофренией преобладают склонность к диссимуляции проблем, оптимизму, активному избеганию их разрешения, альтруизму. Пациенты с шизофренией практически не используют копинг-стратегий, направленных на снятие эмоционального напряжения.

• У больных аффективными расстройствами преобладают такие копинг-механизмы как «игнорирование», «эмоциональная разрядка», «оптимизм».

• У пациентов с шизофренией при высоком уровне саморегуляции поведения отмечается выраженная склонность к выборам копингов «конфронтация», «самоконтроль» и «разрешение проблем».

• У пациентов с аффективными расстройствами при высоком уровне саморегуляции поведения отмечается предпочтительный выбор копинг-стратегий «разрешение проблем», «самоконтроль», а также отрицательные корреляции с копингами «бегство-избегание», «конфронтация», «дистанцирование».

*Заключение:* в межличностных отношениях и, в том числе, в вопросе комплаенса, пациенты с шизофренией отличаются большей «полярностью» в построении своих контактов – они склонны или избегать возникающих трудностей или смотреть на них излишне оптимистично. В этом случае стоит обращаться к их способности к планированию разрешения проблем, помогая, подсказывая и поддерживая в реализации задуманного, возвращая ответственность за происходящее, напоминая о важности их собственной роли в урегулировании сложных жизненных обстоятельств. В психокоррекционной работе пациентам с расстройствами аффективного спектра стоит рекомендовать обращаться за помощью к близким, мотивируя это также возможностью снизить тягостность переживаний за счет получения эмоциональной поддержки и в принимающей среде наметить шаги по урегулированию трудностей.

#### Список литературы

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 106 С.
2. Баскакова С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. Т. 20. №1, С. 88-95.
3. Бердников Д.В. Саморегуляция восприятия информации при некоторых психических расстройствах // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 1. С. 1–8.
4. Будза В.Г., Антохин Е.Ю., Бомов П.О. Психиатрия на рубеже веков в трудах ориенбургских психиатров. Хрестоматия т. II, Оренбург, 2014. С. 29-53.
5. Вайзе К., Воловик В.М., Кабанов М.М. [и др.]. К дискуссии о роли социально-нормативных реакций на психические заболевания // Реабилитация больных психозами. Л.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1981. С. 21-31.
6. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
7. Вид В.Д. Психодинамическая терапия при шизофрении, СПб, 1993. 236 С.
8. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. 512 С.
9. Вид В.Д., Воловик В.М., Гончарская Т.В. [и др.]. Методы групповой психотерапии психически больных: методические рекомендации. Л.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1982. 39 С.
10. Вид В.Д., Лутова Н.Б. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001. Т. 137. С. 116-120.
11. Воскресенский Б.А. Духовное как социотерапевтический фактор // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 4. С. 2–26.
12. Дубицкая Е.А. Стигматизация больных депрессией. Автореферат дисс. канд. мед.наук. М., 2009. 16 С.
13. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений – СПб.: Речь, 2010. – 141 с.
14. Еникеев М.И. Психологический энциклопедический словарь: справочное издание. М.: Проспект, 2012.
15. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии / В.А. Жмуров. 2-е изд. М.: Джангар, 2012.
16. Жмуров В.А. Психопатология Т.1. Иркутск: изд-во ИГУ, 1994. 240 С.
17. Залуцкая Н.М. Анализ основных психологических характеристик успешности совладания с семейным стрессом у больных эндогенными психозами // XIV съезд психиатров России. Материалы съезда. М., 2005. С. 400.
18. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е изд. М.: Изд-во МГУ, 1986. 240 С.
19. Ивашев С.П. Системно-информационные закономерности саморегуляции целенаправленного поведения у больных шизофренией // Естественные науки. 2010. № 2 (31). С. 126-135.
20. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 С.
21. Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В. Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // Сибирский психологический журнал. – 2002. №16-17. С.84-88.
22. Исаева Е.Р., Соколовская Т.В. К вопросу о когнитивно-поведенческой терапии при психических заболеваниях // XIII съезд психиатров России. Материалы съезда. М., 2000. С. 295.
23. Коцюбинский А.П., Гусева О.В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов. Руководство для врачей. СПб.: Спецлит, 2013. 400 С.
24. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. – М.: 2007. – № 3. – С.93-112.

25. КуанЧыонг Шон Взаимосвязь самооценки и механизмов совладания при депрессии и наркомании: Дисс. канд. психол. наук. М., 2006. 218 С.
26. Макурина А.П., Булыгина В.Г., Вепренцева О.В. Стратегии совладания у психически больных женщин с криминальным анамнезом // Российский психиатрический журнал. 2015. №3.
27. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ- 10, ICD-10) <http://10mkb.ru/articles.php?path=base/block5/block4>
28. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб НИПНИ им. Бехтерева, СПб.: 2009. – 37 с.
29. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология. СПб НИПНИ им. Бехтерева. – СПб.: 2007. – 47 с.
30. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология. СПб НИПНИ им. Бехтерева. – СПб.: 2007. – 47 с.
31. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. – М.: Наука, 1998. – 191 с.
32. Муравьева О.В., Разуваева Т.Н. Взаимосвязь компонентов структуры личности и копинг-механизмов у больных депрессией // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2014. Т. 21. № 6 (177).
33. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры как лечебного и реабилитационного фактора при психических расстройствах непсихотического уровня // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 4. С. 63–67.
34. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 3(17). URL: <http://psystudy.ru>.
35. Руководство по психиатрии» под ред. А.В. Снежневского, М: издательство «Медицина», 1983, Т.1.
36. Ряполова Т.Л., МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ, 2011, № 2, С. 39-44.

#### **COPING STRATEGIES AND SELF-REGULATION OF BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS**

**Kudryashova Vera**, medical (clinical) psychologist of 1th branch of biological therapy mentally sick Saint-Petersburg research neuropsychiatric institute of the name V.M. Bekhterev.

**Saraykin Dmitriy**, junior scientist, medical (clinical) psychologist of laboratory of clinical psychology and psychoactivator Saint-Petersburg research neuropsychiatric institute of the name V.M. Bekhterev.

**Ivanov Mikhail**, doctor of medical sciences, professor, leader of 1th branch of biological therapy mentally sick Saint-Petersburg research neuropsychiatric institute of the name V.M. Bekhterev.

**Summary:** The article deals with coping with life's difficulties and self-regulation of behavior in patients with schizophrenia and affective disorders. The comparative study, frequency analysis, correlation analysis of preferred coping strategies and styles of self-regulation of behavior, as well as clinical observations in the form of excerpts from interviews with patients are presented.

**Keywords:** schizophrenia, affective disorders, coping, coping with stress, self-regulation of behavior.

#### **ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И РОДСТВЕННЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ**

**Макаров В.В.** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, вице-президент Всемирного Совета по психотерапии, президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов».

Образование в области психотерапии всегда было и остается важнейшим разделом нашей специальности. С советских времён в наших университетах было теоретически ориентированное образование. Согласно этой парадигме, назовём её «университетской», – главное понять, усвоить теорию, а практические навыки приложатся. Этой парадигмы по-прежнему придерживаются ведущие отечественные и западные университеты. Противоположная модель – модель практической подготовки. Главное для специалиста – уметь работать практически. А теория, она тоже важна в определённой мере. Так учили в медицинских вузах, назовём это «институтский подход». В профессиональных сообществах сложилась третья парадигма, назовём её «личностно ориентированная». Согласно её представлениям, главным является сам специалист, обученный использовать технологии работы и способный объяснить их. В настоящее время сложилась сбалансированная парадигма подготовки специалистов – личностно, практически, теоретически ориентированная. Более того, сделаны и следующие шаги.

В последние десятилетия образование в нашей стране подвержено постоянным изменениям, в недавние годы эти изменения приняли фундаментальный характер. Образование меняется коренным образом.

Эти изменения, конечно же, касаются психотерапии и родственных специальностей. А к ним в нашей стране относятся психологическое консультирование, практическая психология, психологическая коррекция. Эти специальности организационно развиваются отдельно от психотерапии, а по своему содержанию, с нашей точки зрения, являются ее частью. Впрочем, есть и другая точка зрения, согласно которой содержание этих специальностей рассматривается в рамках

психологии. Конечно, допускается, что это – спор о первичности курицы или яйца. Понятно одно – с точки зрения содержания деятельности, особенно практики, – это одна специальность.

В психотерапии образование имеет особо важное значение. По сути дела, это основной путь входа в специальность, а в дальнейшем – главный регулятор принадлежности к нашей специальности. Мы осознали это уже в восьмидесятые годы прошлого столетия. А в девяностые годы прошлого века активно развивалась Красноярская модель подготовки психотерапевтов (Макаров В.В. Психотерапия нового века – М., Академический проект, 2001, с. 127–130). Здесь нами, впервые на официальном уровне, на уровне государственных учреждений реализовывалась трёхчастная модель подготовки психотерапевтов, состоящая из теоретической, практической подготовки и личной терапии.

По психиатрии было 955 часов, по психотерапии – 839 часов, и не менее 300 часов личной терапии. А ещё 2108 часов по психологии. Общая сумма часов составляла 4232. Впрочем, такая подготовка в государственных учреждениях была исключением, а не правилом. И до настоящего времени, она принята в отдельных модальностях, методах психотерапии. Об этом скажем немного ниже. Во второй половине девяностых годов мы вошли в пространство Европейского сертификата психотерапевта. Нами получено в общей сложности 308 сертификатов. Вот таким образом они распределились по городам и странам, в связи с переездом наши профессионалов:

1. Москва – 100 чел.
2. Ростов-На-Дону – 49 чел.
3. Санкт-Петербург – 43 чел.
4. Новосибирск – 20 чел.
5. Омск, Казань – 6 чел.
6. Красноярск – 5 чел.
7. Пенза, Краснодар, Рига (Латвия) – 4 чел.
8. Томск, Сургут, Челябинск, Ижевск, Павлодар (Казахстан), Харьков (Украина), Караганда (Казахстан), – 3 чел.
9. Екатеринбург, Хабаровск, Владивосток, Барнаул, Сочи, Минск (Белоруссия), Киев (Украина), Астана (Казахстан), Московская обл. – 2 чел.

10. Новороссийск, Кисловодск, Анапа, Усть-каменогорск, Калининград, Ставрополь, Нижний Новгород, Туапсе, Ярославль, Тула, Ачинск, Курган, Кирово-чепецк, Нижнекамск, Киров, Тюмень, Норильск, Мочище, Новосибирская область, Ст. Северская, Назарово, Южноуральск, Лесобириск, Луганск (Украина), Костанай (Казахстан), Алматы (Казахстан), Тараз (Казахстан), Таллинн (Эстония), Любляна (Словения), Дублин (Ирландия), Вена (Австрия), Берлин (Германия), Милан (Италия), Париж (Франция) – 1 чел.

Конечно, свои важные достижения в области образования есть и у психотерапевтов из института им В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге.

Сегодня, обобщая весь наш опыт, мы переходим к широкому внедрению четырёхчастной модели подготовки профессионалов в области психотерапии и родственных специальностей. Она включает в себя: теорию, практику под супервизией или производственную практику, учебную супервизию и учебную личную терапию. Кроме того, включена подготовка в области клинической психиатрии в объёме 530 учебных часов. Эти часы могут быть включены в общую программу или преподаваться отдельным циклом. Дискуссия лидеров и представителей признанных модальностей психотерапии и психологического консультирования показала, что все методы психотерапии признают учебную личную терапию. Представители суггестивных модальностей считают, что ей можно и ограничиться, тогда как лидеры остальных направлений психотерапии: психоаналитического, экзистенциально-гуманистического, бихевиорального, клинического, интегративного признают необходимость личной терапии и после завершения образования. Важно напомнить, что сегодня образование в области психотерапии является дополнительным, с нашей точки зрения – на базе врачебного или психологического образования.

Образование в каждой модальности, методе психотерапии разрабатывается и утверждается данной модальностью. Саморегулируемая организация может признавать такое образование и выдавать допуск к профессиональной практике в данном направлении психотерапии. Ряд модальностей, методов психотерапии уже сегодня сообщили о своей готовности массово реализовывать четырёх частную систему профессиональной подготовки психотерапевтов.

В таблице приводятся данные модальности:

Название модальности	Часы теории	Часы практики под супервизией	Часы личной терапии	Часы супервизии	Примечания/ программа подготовки по психиатрии
Полимодальная психотерапия	800	2000	от 180	от 320	Психиатрия в количестве 560 часов уже включена в программу.
Позитивная психотерапия	470-500	230-250	250-500	60-150	
Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно	600	1000	От 40	От 200	
Клиническая классическая психотерапия	700	1200	От 40	От 300	

Дианализ	800	2000	от 180	от 320	Психиатрия в количестве 560 часов уже включена в программу.
Психодрама	530	от 880	В рамках учебной группы – от 160 часов. Самостоятельной практики 2000 часов.	от 200	300
Эмоционально-образная психотерапия	350-500	100-200	250-500	100-150	
Психоорганический анализ	800	от 300 до 600	250 групповой, 300 личной	от 150	Часы по психиатрии входят в программу.
Перинатальная психотерапия и психология и психология репродуктивной сферы	948	612	22	126	
Религиозно ориентированная психотерапия	800	2000	180	320	530
Музыкально-интегральная психотерапия	108				
Клиент-центрированная психотерапия	700-800	450-2000	250	150-300	140
Арт-терапия	800	2000	180	320	560
Интегративная детская психотерапия	680	434	От 80	От 150	
Системно-феноменологическая терапия и консультирование. Системные расстановки	192	128	118	64	
Этический персонализм	12	24	10	10	
ДМО-подход	576	50-200	50-70	50-100	

В настоящее время модальности заняты разработкой итоговых вариантов своих учебных программ, подготовкой кадров: преподавателей и тренеров, супервизоров и личных терапевтов.

Где же мы возьмём необходимое количество преподавателей для массовой подготовки психотерапевтов в нашей самой протяженной стране? Работа по подготовке преподавательских, тренерских кадров ведётся нами и модальностями психотерапии с конца восьмидесятых годов прошлого века. И всё же нам, конечно, не обойтись без процедуры грандпарэнтинга, признания ряда профессионалов супервизорами-руководителями учебной практики, личными терапевтами и супервизорами. Здесь каждая модальность, метод психотерапии представит свои списки доверенных профессионалов. Более того, каждый регион представит такие списки.

Приводим список официальных преподавателей Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги на 18 января 2017 года:

ФИО	Город	Уровень
Авагимян Анжела Албертовна	Москва	Национальный
Авакян Армине Альбертовна	Ереван	Межрегиональный
Антипова Надежда Евгеньевна	Москва	Межрегиональный
Аяпбергенова Гульмира Болатовна	Астана	Международный
Басин Максим Александрович	Тула	Межрегиональный
Баскурян Амалия Константиновна	Томск	Международный
Берберян Эрмине Самвеловна	Москва	Региональный
Бородкина Людмила Владимировна	Тверь	Межрегиональный
Буланов Владислав Юрьевич	Удмуртия, Глазов	Национальный
Бульчева Анна Евгеньевна	Новосибирск	Региональный
Бурно Марк Евгеньевич	Москва	Международный
Васильев Андрей Гервасиевич	Москва	Межрегиональный

Васильева Елена Герольдовна	Иркутск	Национальный
Византийская Ирина Юрьевна	Иркутск	Межрегиональный
Вольваченко Анаит Германовна	Ростов-на-Дону	Межрегиональный
Воробьева Ирина Вячеславовна	Москва	Региональный
Гаямова Светлана Юрьевна	Москва	Межрегиональный
Давыдова Рамиля Фидаевна	Италия	Международный
Демченко Ольга Сергеевна	Москва	Межрегиональный
Дубинина Лидия Ивановна	Иркутск	Региональный
Дуплищев Константин Николаевич	Новосибирск	Международный
Евланова Ольга Владимировна	Украина. Киев	Межрегиональный
Егоров Борис Ефимович	Москва	Международный
Егорова Татьяна Ивановна	Новосибирск	Межрегиональный
Жидко Максим Евгеньевич	Харьков	Международный
Захаров Роман Иванович	Москва	Международный
Збитнева Татьяна Викторовна	Казахстан	Региональный
Зингерман Ирина Семёновна	Москва	Национальный
Зобов Александр Сергеевич	Москва	Международный
Иванова Елена Юрьевна	Москва	Международный
Илларионова Екатерина Владимировна	Москва	Международный
Казанцева Алёна Владимировна	Москва	Национальный
Калмыкова Инга Юрьевна	Москва	Международный
Каницева Татьяна Михайловна	Московская область	Национальный
Карашук Людмила Степановна	Ростов-на-Дону	Международный
Катков Александр Лазаревич	Санкт-Петербург	Международный
Кириллов Иван Олегович	Москва	Национальный
Кияшкина Елена Владимировна	Санкт-Петербург	Межрегиональный
Клепиков Николай Николаевич	Москва	Международный
Ключников Сергей Юрьевич	Москва	Региональный
Князева Любава Никифоровна	Новосибирск	Межрегиональный
Князева Любовь Александровна	Красноярский край, Ачинск	Национальный
Князева Ольга Евгеньевна	Таллин	Национальный
Коваленко Алла Станиславовна	Ростов-на-Дону	Межрегиональный
Копытин Александр Иванович	Кировск, Ленинградская	Национальный
Королёва Ирина Борисовна	Москва	Национальный
Коротина Ольга Викторовна	Санкт-Петербург	Национальный
Кочарян Александр Суренович	Харьков	Международный
Кочарян Игорь Александрович	Харьков	Международный
Кузнецов Алексей Константинович	Новосибирск	Региональный
Кумпф Валерия Викторовна	Москва	Национальный
Куроедова Татьяна Николаевна	Казахстан	Международный
Кухтенко Юлия Александровна	Москва	Межрегиональный
Кюн Светлана Анатольевна	Москва	Межрегиональный
Лаврова Нина Михайловна	Санкт-Петербург	Международный
Лейко Елена Витальевна	Москва	Межрегиональный
Линде Николай Дмитриевич	Москва	Международный
Лоскутова Людмила Ивановна	Москва	Межрегиональный
Мадатян Мигрдат Ростомович	Армения	Межрегиональный
Макаров Виктор Викторович	Москва	Международный
Макарова Галина Анатольевна	Москва	Международный
Макарова Екатерина Викторовна	Москва	Международный
Максимова Елена Владимировна	Москва	Межрегиональный
Мальцева Татьяна Вячеславна	Москва	Межрегиональный
Мамедова Лейла Мамедовна	Москва	Международный
Манухина Наталья Михайловна	Москва	Международный
Манухина Светлана Юрьевна	Москва	Международный
Мартинс Ольга Александровна	Москва	Международный
Машкова Людмила Семёновна	Иркутская область	Межрегиональный
Мельникова Елена Александровна	Томск	Межрегиональный
Могилевская Елена Викторовна	Ростов-на-Дону	Межрегиональный

Молостова Елизавета Олеговна	Москва	Региональный
Музалёва Инна Георгиевна (Инвика)	Новосибирск	Международный
Мусаева Саида Сеидага гызы	Баку	Международный
Наталуха Инна Геннадиевна	Кисловодск	Межрегиональный
Нерода Анна Рудольфовна	Москва	Национальный
Никифорова Татьяна Фёдоровна	Братск	Региональный
Николаев Александр Юрьевич	Москва	Международный
Николаева Елена Владимировна	Москва	Международный
Николаева Ирина Ивановна	Пенза	Национальный
Нужный Владимир Дмитриевич	Пермь	Региональный
Обухов Яков Леонидович	Москва	Международный
Огаркова Юлия Леонидовна	Москва	Национальный
Олешко Тамара Семёновна	Ростов-на-Дону	Региональный
Осипова Лидия Всеволодовна	Москва	Международный
Осипчук Игорь Витальевич	Ростовская область	Международный
Панова Татьяна Владимировна	Москва	Межрегиональный
Панюкова Ирина Анатольевна	Москва	Международный
Петриенко Сергей Михайлович	Майкоп	Региональный
Петрова Лидия Петровна	Самарская область	Национальный
Печникова Елена Юрьевна	Москва	Национальный
Покровский Юрий Львович	Москва	Международный
Поликарпова Ирина Викторовна	Москва	Региональный
Приходченко Ольга Анатольевна	Москва	Национальный
Пряхина Светлана Борисовна	Москва	Межрегиональный
Рассади́на Ирина Евгеньевна	Новосибирск	Межрегиональный
Рассушина Светлана Петровна	Калининград	Национальный
Родина Екатерина Николаевна	Запорожье	Международный
Рожков Сергей Александрович	Томск	Международный
Романова Наталья Валентиновна	Ростов-на-Дону	Межрегиональный
Румянцева Инга Викторовна	Санкт-Петербург	Международный
Самарин Геннадий Владимирович	Иркутск	Межрегиональный
Сандомирский Марк Евгеньевич	Московская область	Международный
Саркисова Диана Романовна	Москва	Национальный
Сербина Людмила Николаевна	Москва	Международный
Сидорова Варвара Владимировна	Мытищи	Межрегиональный
Силенок Инна Казимировна	Краснодар	Международный
Силенок Пётр Фёдорович	Краснодар	Международный
Словеснова Людмила Борисовна	Волгоград	Национальный
Смирнов Андрей Анатольевич	Москва	Межрегиональный
Соловьёва Елена Алексеевна	Москва	Международный
Спокойная Наталья Вадимовна	Берлин	Международный
Толстая Светлана Викторовна	Молдова	Международного
Трофимова Екатерина Владимировна	Ростов-на-Дону	Международный
Тукаев Рашид Джаудатович	Москва	Международный
Турченко Нина Михайловна	Ростов-на-Дону	Международный
Улитова Елена Сергеевна	Москва	Международный
Умная Екатерина Львовна	Пенза	Международный
Фабричева Мария Владимировна	Киев	Межрегиональный
Федотова Ирина Сергеевна	Москва	Национальный
Хайкин Александр Валерьевич	Ростов-на-Дону	Международный
Чайка Надежда Анатольевна	Ростов-на-Дону	Международный
Чалаби Тахмина Ислам	Баку	Международный
Чобану Ирина Константиновна	Москва	Международный
Шавернева Юлия Юрьевна	Адыгея, Майкоп	Международный
Шевелева Елена Витальевна	Казахстан	Региональный
Шестакова Ирина Станиславовна	Москва	Международный
Шильдебаева Назгуль Абдуллаевна	Казахстан	Национальный
Шмаков Вадим Михайлович	Челябинская обл. Южноуральск	Международный

Ядринкин Валерий Николаевич	Красноярск	Международный
Яковлев Евгений Георгиевич	Москва	Национальный
Яковлева Любовь Валерьевна	Москва	Межрегиональный

Приведём список личных терапевтов, признанных по программе безусловных профессионалов модальностью полимодальная психотерапия.

**База личных терапевтов международного уровня в модальности «Полимодальная психотерапия» по процедуре безусловных профессионалов (грандпарэнтинг)\***

Макаров Виктор Викторович (Москва)  
 Макарова Галина Анатольевна (Москва)  
 Катков Александр Лазаревич (Санкт-Петербург)  
 Завъялов Владимир Юрьевич (Новосибирск)  
 Табидзе Александр Александрович (Москва)  
 Сгибов Владимир Николаевич (Пенза)  
 Панфилова Наталья Александровна (Москва)  
 Ядринкин Валерий Николаевич (Лесосибирск, Красноярский край)  
 Белоусова Наталья Геннадьевна (Омск)  
 Рычков Николай Николаевич (Красноярск)  
 Покровский Юрий Львович (Москва)  
 Стрельченко Андрей Борисович (Латинская Америка)  
 Наричин Николай Николаевич (Москва)  
 Павлов Игорь Степанович (Москва)  
 Кухтенко Юлия Александровна (Москва)  
 Смирнов Владимир Елизарович (Москва)  
 Игумнов Сергей Александрович (Москва, Минск, Белоруссия)  
 Положая Злата Борисовна (Москва)  
 Ульянов Илья Геннадьевич (Владивосток)  
 Колосов Владимир Петрович (Москва)  
 Романенко Евгения Юрьевна (Анапа, Краснодарский край)  
 Беляков Дмитрий Александрович (Москва)  
 Дюсметова Римма Вафиевна (Челябинск)  
 Жарков Николай Егорович (Костанай, Казахстан)  
 Волобаев Виктор Михайлович (Ульяновск).

\*Из Протокола заседания Комитета направлений и методов (модальностей) психотерапии ОППЛ 23.12.2015 (доступен на официальном сайте ОППЛ <http://oppl.ru> в разделе «Методы психотерапии и консультирования»):  
 23 дек. 2015 г. – Мы будем применять грандпарэнтинг для отбора терапевтов и супервизоров в течение двух лет.

Теперь приведём список супервизоров, признанных по программе безусловных профессионалов модальностью полимодальная психотерапия.

**База супервизоров в модальности «Полимодальная психотерапия» по процедуре безусловных профессионалов (грандпарэнтинг)\***

Макаров Виктор Викторович (Москва)  
 Макарова Галина Анатольевна (Москва)  
 Катков Александр Лазаревич (Санкт-Петербург)  
 Завъялов Владимир Юрьевич (Новосибирск)  
 Сгибов Владимир Николаевич (Пенза)  
 Панфилова Наталья Александровна (Москва)  
 Ядринкин Валерий Николаевич (Лесосибирск, Красноярский край)  
 Белоусова Наталья Геннадьевна (Омск)  
 Рычков Николай Николаевич (Красноярск)  
 Покровский Юрий Львович (Москва)  
 Стрельченко Андрей Борисович (Латинская Америка)  
 Наричин Николай Николаевич (Москва)  
 Павлов Игорь Степанович (Москва)  
 Кухтенко Юлия Александровна (Москва)  
 Смирнов Владимир Елизарович (Москва)  
 Игумнов Сергей Александрович (Москва, Минск, Белоруссия)  
 Ульянов Илья Геннадьевич (Владивосток)  
 Романенко Евгения Юрьевна (Анапа, Краснодарский край)  
 Беляков Дмитрий Александрович (Москва)



Дюсметова Римма Вафиевна (Челябинск)  
Жарков Николай Егорович (Костанай, Казахстан)  
Волобаев Виктор Михайлович (Ульяновск)

\*Из Протокола заседания Комитета направлений и методов (модальностей) психотерапии ОППЛ 23.12.2015 (доступен на Официальном сайте ОППЛ <http://oppl.ru/> в разделе «Методы психотерапии и консультирования»):  
23 дек. 2015 г. – Мы будем применять грандпарэнтинг для отбора терапевтов и супервизоров в течение двух лет.

Важно обратить внимание, что наше образование осуществляется с использованием накопительно-кредитного подхода. А это значит, что образование получается отдельными блоками, объединяющимися в зачётные единицы – кредиты.

Подводя итог, можно уверенно сказать – сегодня мы созрели для массовой, фундаментальной подготовки психотерапевтов. Более того, мы уже проводим эту подготовку.

Существенным недостатком на данный момент является длительность подготовки профессионалов в области психотерапии и смежных областях, что существенно затрудняет приток молодых кадров в нашу специальность.

## **HISTORY AND PROSPECTS OF EDUCATION IN PSYCHOTHERAPY AND RELATED PROFESSIONS**

**Makarov V.V.** – Doctor of sci. (medicine), Chair of Psychotherapy and Sexology Department, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Vice-President of World Council for Psychotherapy, President of Russian Professional League for Psychotherapy and National Self-regulating Organization «Union of Psychotherapists and Psychologists».

## **ИНТЕГРАТИВНАЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ИСТОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Мельникова Алла Александровна**, доктор культурологии, профессор кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского Гуманитарного университета профсоюзов, Санкт-Петербург.

**Бережная Елена Алексеевна**, старший преподаватель кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского Гуманитарного университета профсоюзов, Санкт-Петербург.

**Аннотация:** В статье исследуется новое психотерапевтическое направление – интегративная танцевально-двигательная терапия (ИТДТ). Раскрывается соответствие ИТДТ-подхода основным принципам интегративной психологии. Освещается история создания ИТДТ, вклад разработчиков. Рассматриваются основные принципы, приемы и сферы применения интегративной танцевально-двигательной терапии в России. Освещаются перспективы развития метода.

**Ключевые слова:** интегративная танцевально-двигательная терапия, интегративная психология, психотерапия, танец, тело, телесность.

Современные психотерапевтические практики связаны с интеграцией различных психологических и психиатрических подходов [6], в то же время они могут включать в себя концепции, представленные в культурологическом [11] и искусствоведческом знании [16]. Примером такого синтеза является интегративная танцевально-двигательная терапия (ИТДТ) – направление психотерапии, использующее танец и двигательную активность в качестве продуктивного способа коррекции. Психотравмы связаны с сильными эмоциями, которые захлестывают человека, однако практикуемая в процессе стандартных форм психотерапии вербализация, с одной стороны, может столкнуться с затрудняющим проговаривание этих эмоций сопротивлением, а, с другой стороны, поскольку эмоции сильные, процесс их выведения через вербализацию занимает значительное количество времени. В то же время данные проблемы легче решаются именно в процессе танцевально-двигательной терапии. Данный вид терапии основан на взаимосвязи тела и психики, вследствие чего изменения, происходящие в теле, продуцируют изменения в сфере мышления и поведения. Эмоциональные состояния укоренены в теле, соответственно – вывод их через тело, непосредственно (а не опосредовано, через вербализацию) происходит значительно быстрее и продуктивнее. Это направление отвечает следующим основным положениям интегративной психологии [12, с. 235-240]: рассмотрение человека через единство телесного, духовного и социального; признание изначальной целостности человеческого сознания и его энергичности; преодоление кризисов через кооперацию и взаимодополняемость различных сторон психической жизни человека.

Метод интегративной танцевально-двигательной терапии (ИТДТ) сформировался в середине XX века на стыке современных хореографических направлений и телесно-ориентированной психотерапии. В нем танец понимается метафорически как «вторжение «значащих» переживаний личности в сферу значений и смыслов элементов системы движений, чувственно-образных представлений – в сферу понятий и категорий, эмоций и творческого воображения – в сферу интеллекта и абстрактно-формального мышления» [4, с. 84]. Танец позволяет трансформировать и структурировать внутренний мир человека, адаптировать его к внешним условиям, гармонизировать отношения с окружающей действительностью через метафорическое воплощение в двигательной активности и художественном образе своих чувств, мыслей, специфики социальных контактов, детско-родительских отношений и др.

С теоретической точки зрения огромное влияние на становление концепции ИТДТ оказала теория «мышечного панциря» основоположника телесной психотерапии В. Райха [15]. Он говорил о том, что зажатость, проявляющаяся в «мышечном панцире» возникает в раннем детстве и связана со страхом быть наказанным, непонятым, отчужденным, а

также с необходимостью постоянного подавления личностью своих сексуальных ощущений. Хотя детство создает первичную проблематизацию, проявленную в теле, однако и в течение дальнейшей жизни человек добавляет комплексы и зажимы, которые, накапливаясь в организме, способны привести к различным душевным и телесным заболеваниям. В. Райх считал: осуществление пациентом спонтанных движений тела в комплексе с ровным размеренным дыханием способно снять мышечное напряжение и позволить эффективно устранить зажимы и блоки, мешающие человеку жить.

Одной из основательниц ИТДТ как самостоятельного психотерапевтического направления считают Габриэllu Ротт – театральную режиссера, исследовательницу новаторского направления в театральном искусстве. Она создала комплекс особых упражнений, позволяющих прорабатывать большинство психологических трудностей личности через использование движения. Г. Ротт выделила в теле человека 7 основных проблемных зон, соответствующих воплощению психологической проблематики. К этим зонам она отнесла голову и шею, плечи, локтевые суставы, кисти рук, таз и позвоночник, колени, ступни. Так, например, человек, ощущающий постоянное напряжение и зажатость в области головы и шеи, испытывает дискомфорт в связи с тем, что в текущий момент времени скорость его мыслей (и, вероятней всего, действия) не соответствует той скорости, естественной для него (принуждает себя к более энергичному ритму жизни или, наоборот, вынужден существовать в ситуации бездействия и пассивности, не свойственной для него). Дискомфорт при движении в плечах может трактоваться как принятие на себя больших обязательств, чем те, с которыми человек был бы способен справиться. «Зжатость» в локтях позволяет сделать предположение о нерешительности и чрезмерной скромности человека, а скованность движений в четвертой зоне свидетельствует о неуверенности в своих силах. Дискомфорт в тазовой области и позвоночнике говорит о наличии определенной степени сексуальной закомплексованности. Трудности при сгибании коленных суставов свидетельствуют о неготовности к потенциальным изменениям образа жизни. «Зжатость» стопы является показателем неудовлетворенности амбиций человека, связанных с занятием желаемого места в социуме. При проблемности в какой-либо из описанных зон необходимо подобрать виды танцевальных движений, которые бы разрабатывали данную область тела, и тем самым воздействовали и на психический план личности.

Также одной из первых, начавших практиковать ИТДТ, стала танцовщица М.Чейз. В процессе преподавания она обратила внимание на то, что ее ученики в большей степени заинтересовались не отработкой техники исполнения танца, а выражаемыми в нем чувствами. С данного открытия и началось планомерное построение терапевтического метода. М.Чейз опробовала ИТДТ с детьми в танцевальной студии, а также в клиниках и школах. Впоследствии танцовщицу пригласили работать с психиатрически больными. Она сформулировала четыре позиции в танцевально-двигательной терапии: действие тела, символизм, кинестетическая эмпатия, ритмическая групповая активность. Первая позиция ориентируется на возможность рефлексии и отработки внутренних психологических конфликтов личности через задействование напряженных частей тела. Вторая позиция опирается на использование символических движений и положения тела в пространстве в психотерапевтической работе. Третья зиждется на осознании клиентом своих эмоций на физиологическом уровне. Четвертая позиция утверждает формирование групповой сплоченности через создание общего ритма.

Стоя у истоков ИТДТ, хореографы по сей день продолжают поиски в пограничном психолого-танцевальном пространстве. Так, танцовщица Т.Шоуп, развивая метод терапии танцем, ставила цель способствовать здоровому развитию личности и укреплять ее функциональные способности посредством овладения различными движениями, свойственными человеку на протяжении всей жизни в различные возрастные периоды. Ее клиенты исследовали свое «Я» в танце через спонтанное катарсическое освобождение сдерживаемых чувств [18]. Еще одной танцовщицей, практикующей метод танцевально-двигательной терапии, стала М. Уайтхаус. Она обращалась к бессознательному компоненту личности, используя технику активного воображения и аутентичное движение. М. Уайтхаус считала, что в танце подавленные эмоции могут легко высвободиться и осознаваться телесно и умственно.

Психолог И.Г. Малкина-Пых определяет танцевально-двигательную терапию как «вид современной терапии, который использует движение для развития социальной, когнитивной, эмоциональной и физической жизни человека» [8, с. 510]. Метод базируется на таких направлениях современной хореографии, как модерн и джаз-модерн, контемпорари, пластическая и контактная импровизация. Его потенциал очень велик, так как вбирает в себя преимущества и индивидуальной, и групповой психологической работы. Он отражает не только психические процессы личности, но и культурные процессы общества за счет интеграции с хореографическими направлениями эпохи постмодерна. Возможности ИТДТ позволяют: расширить сферу сознания собственного тела; повысить самооценку путем построения адекватного телесного «Я-образа» в структуре «Я-концепции» личности; улучшить навыки социального взаимодействия; высвободить подавленные эмоции.

Используемые в ИТДТ техники напрямую связаны с теоретическими положениями этого направления: интегративная танцевально-двигательная терапия в основе своей признает взаимосвязь тела и психики, которые рассматриваются как равноценные силы в функционировании человека. В повседневной жизни человек, чаще всего, не осознает своих чувств и ощущений, особенно при высокой степени телесного напряжения. Пытаясь справиться со стрессом, мы, защищаясь от страха, теряем контроль путем подавления, вытеснения своих чувств, существующих в теле и воплощающихся на физическом уровне. Давая напряжению возникнуть и удерживая его в теле, мы защищаем себя от прямого переживания и от встречи лицом к лицу со своим внутренним конфликтом. Например, степень напряжения в плечах и руках может быть бессознательно увеличена до того предела, когда эта часть тела становится отрезанной от чувств – диссоциированной. При использовании в таком случае ИТДТ терапевт подбирает танцевальное движение с явно выраженными покачиваниями рук, чтобы расслаблялись мышцы, связанные с определенным эмоциональным состоянием, которое человек отрицает. Воздействуя на мышечные зажимы в определенных областях тела, соотносящиеся с эмоциями, человек, активизируя мышцы, испытывает чувства, которые были «заморожены» в этой части тела, освобождая их, а затем – осознавая, признавая и проясняя.

Другой вариант работы танцевально-двигательного терапевта включает в себе активизацию через танец телесных ощущений таким образом, чтобы эмоция и движение усиливали друг друга и движение становилось прямым выражением внутренних чувств. Также распространенным направлением работы является фокусировка на определенной части тела с задачей идентифицировать, что ощущается на телесном уровне и какие мысли и чувства приходят при этом в голову. При этом хорошим приемом является вербальное исследование ассоциаций, образов, фантазий или воспоминаний, которые возникают в сознании в процессе соединения двигательной реакции в теле с его эмоциональными компонентами.

Еще одной продуктивной техникой ИТДТ является метод кинестетической эмпатии, используемых, в первую очередь, для выведения негативных эмоций. Поскольку у человека стрессовое состояние или травматичный опыт связаны с различными эмоциями (гнев, тревога, страх и пр.), то танцевальный терапевт предлагает это выразить в танце, причем – парном. При этом если клиент и в танце продолжает подавлять свои чувства, то терапевт в одном варианте стимулирует их (при агрессии – начинает толкать клиента, "наезжает" на него), в другом варианте – сам начинает активно танцевать эти чувства (а клиент повторяет) – при обоих началах концовка одна и та же – после бурных чувств терапевт постепенно начинает вытанцовывать к гармоничному окончанию. Танцевально-двигательная терапия также способствует восстановлению позитивного телесного образа. Блокированные в теле непрожитые, вытесненные эмоции приводят к тому, что человек теряет адекватное восприятие собственного тела. Техники гармонизации образа тела через танец помогают эмоционально справиться с негативными представлениями о собственном физическом состоянии, позитивизировать их, адаптировать «Я-концепцию», выстроить ее в положительном ключе.

В настоящий момент интегральная танцевально-двигательная терапия активно практикуется в странах Европы и Америки в работе с людьми с психическими расстройствами различного характера, людьми с отклонениями в развитии. Успешным становится опыт работы с клиентами страдающими депрессией, психосоматическими расстройствами, аутизмом и людьми, пережившими физическое, сексуальное и психологическое насилие.

В России в рамках психологической работы интегративная танцевально-двигательная терапия наиболее часто используется с группами, участники которых заинтересованы в личностном росте и развитии, однако, наряду с этим, разрабатывается и применение ИТДТ при терапии психосоматических заболеваний [13], стрессовых состояний [3, с. 53-56]. Важной в танцевально-двигательной терапии становится возможность уделить внимание физиологии движения и ее тесной связи с психическими процессами. Сопутствующий эффект – обучение правильной постановке корпуса тела, эргономичности движений, грации и гармоничности в повседневном поведении, раскрепощение. ИТДТ развивает пространственное восприятие и мышление, двигательную память и воображение, дает возможность выявить неэффективные стереотипы движения, поведения и взаимодействия с окружающими.

Интегративная танцевально-двигательная терапия работает и с эмоциональной сферой личности. Участники в процессе занятий обучаются телесной рефлексии, тренируют способность отслеживать собственные переживания и волнения, осознавать и принимать себя, свои негативные и позитивные эмоции и их причины. Экспрессивность в танце помогает выражать разнообразные чувства. Анализ танцевально-двигательной деятельности позволяет снять телесные блоки и зажимы, в большом количестве наблюдающиеся в подростковом возрасте. Использование танца как метафоры дает возможность структурировать и трансформировать внутренний мир личности в целом [2].

Современные исследования показали наличие устойчивой связи между степенью сформированностью образа тела человека и его личностными характеристиками. Роль телесного компонента в самооценке и самосознании очень велика. Он связан с когнитивными особенностями личности, ее эмоциональным отношением к своему внешнему облику, и как следствие, способностью выстраивать грамотные и здоровые взаимоотношения с окружающими. Работу над формированием адекватного образа телесного «Я» необходимо начинать в подростковом возрасте, так как именно в этот период закладывается фундамент самооценки как основы дальнейшего успешного функционирования личности. В этом случае ИТДТ будет выступать как интегрирующее средство, способствующее развитию психологической культуры подростка [1]. В связи с подобным использованием, ИТДТ ставит целью формирование адекватной «Я-концепции» подростка посредством работы с телесным образом. Основными принципами танцевально-двигательной терапии в работе с подростками является использование невербальных средств взаимодействия и спонтанности. Отсутствие слов заставляет сфокусировать внимание на теле человека, его главных экспрессивных выражениях, телесных реакциях в социальном контексте. Игровой и творческий компоненты метода вовлекают подростка в групповую работу, вызывают интерес, живой эмоциональный отклик, а также готовность исследовать себя и окружающую реальность. Ребенок с удовольствием проявляет креативность, создавая собственный танец. Глубинный психотерапевтический эффект такой работы связан с тем, что танец служит также хорошей психоэмоциональной разрядкой, помогает выразить значимые чувства, а также освободиться от негативных эмоций, которые копятся в повседневной жизни человека.

Еще одним направлением, которое активно развивается в российской практике, является использование танцевально-двигательной терапии для коррекции детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. Поскольку количество таких семей возрастает (не только в России, но и в мире), то все более актуальным становится разработка оптимальной коррекционной программы. Потребность в разработке такой комплексной программы психологической помощи для категории семей с такими детьми, безусловно, обоснована: об этом свидетельствуют данные центров семейного консультирования. Согласно их данным, семьи, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, на данный момент не выполняют роли базовой структуры, обеспечивающей максимально благоприятные условия для оптимального развития и воспитания таких детей. Причем нередко в семьях не только не созданы адекватные условия для развития детей, но и, напротив, семейная ситуация оказывает деструктивное воздействие на ребенка, травмируя его формирующуюся личность. Воспитывающие детей с отклонениями в развитии семьи живут под грузом многочисленных проблем, родители зачастую испытывают трудности во взаимодействии с проблемными детьми,

нуждаются в оказании им специальной психологической помощи. Именно эти факты и объясняют острейшую необходимость организации и проведения психокоррекционных мероприятий с семьями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. При всем разнообразии апробированных форм работы с семьями, у танцевально-двигательной терапии (ИТДТ) есть свежий и глубокий ресурс воздействия на психоэмоциональную сферу, как взрослых и детей по отдельности, так и на их взаимодействие, которое при присущих танцу тактильных взаимодействиях открывает новые грани детско-родительского общения [7].

Что касается воздействия на детей, то, как показывает опыт, накопленный танцевальными терапевтами разных стран (Э. Грёнлунд, Э. Дентон, Н. Оганесян, К Шмайс), танцевальная терапия дает положительный результат в работе с детьми с телесными и умственными нарушениями. Такой результат связан с тем, что танец дает возможность сделать процесс терапии ярким, эмоциональным; двигаясь под музыку, ребенок сбрасывает накопленное напряжение, раскрывает себя, получая при этом положительную оценку окружающих. Такие же процессы происходят и с родителями детей: и те, и другие склонны прятаться, закрываться от людей и внешнего мира в целом, чем еще больше усугубляют свое состояние. Однако в танцевальной терапии при отсутствии рациональной активности происходит активизация стремления не к пониманию, а к прочувствованию своей сущности, а также усиливается ощущение раскрытия своего внутреннего потенциала, и это делает ИТДТ мощным и одновременно щадящим способом гармонизации как психоэмоционального, так и психологического самочувствия детей и их родителей. При такой, танцевальной форме взаимодействия взрослые и дети проще открываются друг другу, в их общение входит присущая танцу легкость, активность; рождается жизнерадостность и мотивация к действию [17]. Анализ функций, которые присущи ИТДТ в данном виде работы, показывает: среди основных находится катарсическая (происходит очищение от негативных состояний); регулятивная (идет снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно-рефлексивная (которая обеспечивает коррекцию нарушения общения и взаимоотношений, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки).

Поскольку танцевально-двигательная терапия – относительно молодое терапевтическое направление, то ожидает своего анализа целый ряд феноменов, значимость которых в рамках других контекстов уже определена исследователями. Это такие направления, как: методология анализа языка танца как терапевтической формы визуальной коммуникации (как, например, это проделано для анализа визуальной коммуникации, запечатленной в видеоряде [10]), национальные особенности танца как формы конструктивной коммуникации (по образцу, например, проделанного анализ рекламы и ее национальной специфики как типа визуальной коммуникации [9]), а также изучение характерных для россиян (или для жителей той страны, где анализируется осуществляемая ИТДТ) и необходимых для учета при выстраивании танцевально-терапевтической сессии гендерных стереотипов (пример работы с анализом национально-специфических гендерных стереотипов см. в [6]). Наряду с исследованием различных аспектов танцевально-двигательной терапии как многогранного феномена, необходима также последующая интеграция всех составляющих в единую научную теорию (о необходимости такого подхода как обще-методологического основания см в [14]).

#### Список литературы

1. Бережная Е.А. Использование танцевально-двигательной терапии в организации досуговой деятельности подростков // Современные проблемы социальной психологии и социальной работы: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 23 марта 2016 г. / науч.ред. В.В. Горшкова. – СПб.: СПбГУП, 2016. С. 92-94.
2. Бережная Е.А. Применение танцевально-двигательной терапии в психологической работе с подростками // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, 24-25 апреля 2015 г./ под общ.ред. Ю.П. Платонова. – СПб.: СПбГИПСР, 2015. С. 24-26.
3. Бережная Е.А., Мельникова А.А. Танцевально-двигательная терапия как форма конструктивной работы с ВИЧ-инфицированными // Актуальные вопросы оказания помощи семьям и детям, живущим с ВИЧ: психолого-социальный аспект и научно-методическое обеспечение. С-Петербург, Изд-во ЛЕМА, 2016. 76 с.
4. Козлов В.В., Гиршон А.Е., Веремеенко Н.И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. – Издание 2-е, расширенное и дополненное. – СПб.: Речь, 2006. – 286 с.
5. Козлов В. В. Истоки осознания: теория и практика интегративных психотехнологий. Минск: МАПН, 1995. 304 с.
6. Круглянская Л.Я., Мельникова А.А. Взаимосвязь оснований русской культуры и гендерных архетипов в контексте цивилизационной динамики//Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2014. № 4-2 (42). С. 128-131.
7. Мак-Нили Д. Прикосновение: глубокий анализ и телесная терапия / Пер. с англ. П. Андавов. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 1999. 144 с
8. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия. – М.: Изд-во «Эксмо», 2007. – 752 с.
9. Мельникова А.А. Бережная Е.А. Реклама как форма межкультурной коммуникации: трансляция национальных ценностей // Реклама и PR в России: современное состояние и перспективы развития. Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции. С-Петербург, Из-во СПбГУП, 2016. С. 145-146.
10. Мельникова А.А. Непрерывное образование от «Силиконовой долины»: выявление культурно-смысловых идей при анализе видеоряда// Непрерывное образование: XXI век. 2015. № 2(10). С. 80-102.
11. Мельникова А.А. Норма и патология в культурологическом контексте// Никоновские чтения. Электронный сборник научных статей: в 2-х томах. 2016. С. 115-118.

12. Новиков В.В. Интегративная психология – системная наука//Труды Ярославского методологического семинара. Том 2: Предмет психологии. Ярославль: МАПН, 2004. 336 с.
13. Оганесян Н.Ю. Ильина Д.В. Танцевальная психотерапия больных психосоматическими заболеваниями // Журнал ВАК. Ученые записки СПбМУ им.И.П.Павлова, Изд-во: СПбГМУ СПб.: Т. XVII №2, 2010. Стр. 101-102.
14. Парыгин Б.Д., Мельникова А.А. Интегральная гуманитарная теория: концептуализация соединения психологии с культурологией, философией, социологией и лингвистикой//Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2012. Т. 5. № 2. С. 5-14.
15. Райх В. Открытие оргона. – М.: Изд-во "Профит-Стайл" 2016, 336 с.
16. Роджерс Н. Путь к целостности: человеко-центрированная терапия на основе экспрессивных искусств // Вопросы психологии. 1995. № 1. С. 132–139.
17. Ходоров Дж. Танцевальная терапия и глубинная психология: Движущее воображение / пер.с англ. — М., «Когито-Центр», 2009. — 221 с.
18. Шкурко Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг. – СПб.: Речь, 2003. – 193 с.

## INTEGRATIVE DANCING AND MOTIVE THERAPY: SOURCES AND PROSPECTS

**Melnikova Alla Aleksandrovna**, doctor of Culturology, Professor of Department of Social Psychology of Independent Educational Institution of Higher Professional Education "Saint-Petersburg Humanitarian University of Trade Unions".

**Berezhnaya Elena Alekseevna**, Independent Educational Institution of Higher Professional Education "Saint-Petersburg Humanitarian University of Trade Unions", Senior Lecturer of Department of Social Psychology.

**Abstract:** The article explores a new direction in psychotherapy – integrative dance and movement therapy (IDMT). Authors of article disclose compliance of the approach applied in dancing therapy to the principles of integrative psychology. The history of creation of IDMT, contribution of developers of a method is covered in article. The basic principles, receptions and scopes of integrative dancing and motive therapy in Russia are considered. The prospects of development of a method are also covered in article.

**Keywords:** integrative dancing and motive therapy, integrative psychology, psychotherapy, dance, body, corporality.

## References

1. Berezhnaya E.A. Ispol'zovanie tanceval'no-dvigatel'noj terapii v organizacii dosugovoj deyatel'nosti podrostkov // *Sovremennye problemy social'noj psihologii i social'noj raboty: materialy XI Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem*, 23 marta 2016 g. / nauch.red. V.V. Gorshkova. – SPb.: SPbGUP, 2016. S. 92-94.
2. Berezhnaya E.A. Primenenie tanceval'no-dvigatel'noj terapii v psihologicheskoy rabote s podrostkami // *Psihologo-social'naya rabota v sovremennom obshchestve: problemy i resheniya: sbornik materialov mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii*, 24-25 aprelya 2015 g./ pod obshch.red. YU.P. Platonova. – SPb.: SPbGIPSR, 2015. S. 24-26.
3. Berezhnaya E.A., Mel'nikova A.A. Tanceval'no-dvigatel'naya terapiya kak forma konstruktivnoj raboty s VICH-inficirovannymi // *Aktual'nye voprosy okazaniya pomoshchi sem'yam i detyam, zhivushchim s VICH: psihologo-social'nyj aspekt i nauchno-metodicheskoe obespechenie*. S-Peterburg, Iz-vo LEMA, 2016. S. 53-56.
4. Kozlov V.V., Girshon A.E., Veremeenko N.I. Integrativnaya tanceval'no-dvigatel'naya terapiya. – Izdanie 2-e, rasshirennoe i dopolnennoe. – SPb.: Rech', 2006. – 286 s.
5. Kozlov V. V. Istoki osoznaniya: teoriya i praktika integrativnyh psihotekhnologij. Minsk: MAPN, 1995. 304 s.
6. Kruglyanskaya L.YA., Mel'nikova A.A. Vzaimosvyaz' osnovanij russkoj kul'tury i gendernyh arhetipov v kontekste civilizacionnoj dinamiki//Istoricheskie, filosofskie, politicheskie i yuridicheskie nauki, kul'turologiya i iskusstvovedenie. Voprosy teorii i praktiki. 2014. № 4-2 (42). S. 128-131.
7. Mak-Nili D. Prikosnovenie: glubinnij analiz i telesnaya terapiya / Per. s angl. P. Andavov. M.: Institut Obshchegumanitarnyh Issledovanij, 1999. 144 s
8. Malkina-Pyh I.G. Telesnaya terapiya. – M.: Izd-vo «EHkmo», 2007. – 752 s.
9. Mel'nikova A.A. Berezhnaya E.A. Reklama kak forma mezhkul'turnoj kommunikacii: translyaciya nacional'nyh cennostej // *Reklama i PR v Rossii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya. Materialy XIII Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii*. S-Peterburg, Iz-vo SPbGUP, 2016. S. 145-146.
10. Mel'nikova A.A. Nepreryvnoe obrazovanie ot «Silikonovoj doliny»: vyyavlenie kul'turno-smyslovyh idej pri analize videoryada// *Nepreryvnoe obrazovanie: HKHI vek*. 2015. № 2(10). S. 80-102.
11. Mel'nikova A.A. Norma i patologiya v kul'turologicheskom kontekste// *Nikonovskie chteniya. EHlektronnyj sbornik nauchnyh statej: v 2-h tomah*. 2016. S. 115-118.
12. Novikov V.V. Integrativnaya psihologiya – sistemnaya nauka//Trudy YAroslavskogo metodologicheskogo seminar. Tom 2: Predmet psihologii. YAroslavl': MAPN, 2004. 336 s.
13. Oganesyany N.YU. Il'ina D.V. Tanceval'naya psihoterapiya bol'nyh psihosomaticheskimi zabolevaniyami // *ZHurnal VAK. Uchenye zapiski SPbMU im.I.P.Pavlova*, Izd-vo: SPbGMU SPb.: Т. HVII №2, 2010. Str. 101-102.
14. Parygin B.D., Mel'nikova A.A. Integral'naya gumanitarnaya teoriya: konceptualizaciya soedineniya psihologii s kul'turologiej, filosofiej, sociologiej i lingvistikoj//*Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina*. 2012. Т. 5. № 2. S. 5-14.
15. Rajh V. Otkrytie orgona. – M.: Izd-vo "Profit-Stajl" 2016, 336 s.

16. Rodzhers N. Put' k celostnosti: cheloveko-centirovannaya terapiya na osnove ehkspressivnyh iskusstv // Voprosy psihologii. 1995. № 1. S. 132–139.
17. Hodorov Dzh. Tanceval'naya terapiya i glubinnaya psihologiya: Dvizhushchee vobrazhenie / per.s angl. — М., «Kogito-Centr», 2009. — 221 s.
18. SHkurko T.A. Tanceval'no-ehkspressivnyj trening. — SPb.: Rech', 2003. — 193 s.

## **ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ**

**Можгинский Ю.Б.**, д. м. н., детская клиника «Медси», Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, Москва.

Психоанализ вступил в постфрейдистскую эпоху: от основного «фрейдовского» ствола создается все больше ответвлений, методики модифицируются, адаптируются к современности. По замечанию президента международной психоаналитической ассоциации Стефана Болоньи (1), психоаналитик сегодня в большей степени является модератором переживаний и конфликтов клиента, чем раньше, когда он был более холоден и отстранен. Основным «полем битвы», по-прежнему, является человеческая тревога и душевная боль. Современный человек более свободен, но и более одинок. Стало быть, надо не столько «освободить» его, сколько помогать найти «психическую близость» с другими, значимыми для него людьми. Указанные особенности самым тесным образом касаются детского психоанализа. Общеизвестную зависимость матери и ребенка надо рассматривать как поле психоаналитической интервенции. Но часто мы имеем дело с коллизиями в отношениях ребенка с отцом («отцовской фигурой»).

Детский психоанализ как часть методологии диагностического процесса применим в различных кластерах патологии. Так, в рамках амбулаторного приема в детской клинике мы обнаружили психодинамические феномены при психосоматических проявлениях, системных неврозах, истероформных симптомах анорексии, депрессиях, расстройствах личности импульсивного типа, агрессии мести, поведенческих аномалиях в рамках формирующихся психопатий.

При соматических неврозах преобладают абдоминальные симптомы, которые следует рассматривать как доказательство теснейшей связи сомы и психики у детей. Тесная ассоциация психического и соматического – известный постулат психоанализа. Он касается глубокой связи ребенка с матерью не только в раннем периоде жизни. В дошкольном и начальном школьном возрасте стрессы, напряженная обстановка в семье зачастую вызывают боли в животе, тошноту и головокружение. Безуспешное обследование и лечение у гастроэнтеролога приводит, так или иначе, к необходимости в консультации психиатра.

При системно-невротических нарушениях (энурезэнкопрез, тики) психодинамические расстройства связаны с нарушением становления инстинктивной сферы, что обозначается как «блокада» либидинозной энергии. (Термин «либидо», несмотря на его архаичность, сохраняет свою значимость и практическую ценность.) В данных симптомах мы наблюдаем определенного рода сигнал родителям, не уделяющим ребенку должного внимания. То же касается и задержки речи: не всегда это является знаком отставания в психическом развитии, а воспроизводит задержку экзистенциальной, в широком смысле, либидинозной энергии. И в этих случаях курсы транквилизаторов, без семейной терапии, оказывают ограниченный эффект.

Ярким примером системного невроза является мастурбация, возникающая, как правило, после случайного «знакомства», в том или ином варианте, со сценами эротического содержания. Ребенок не стесняется и показывает «увиденное», не отождествляя его с чем-то нехорошим. Но это, болезненно ускоренное либидо вмешивается в процесс развития и искажает индивидуацию, ведет к появлению гиперактивности, нарушениям сна. Возникают и поведенческие аномалии. Фигура отца, как правило, в подобных случаях принижена, незначительна. Между ребенком и его матерью нет «стены» в виде значительной отцовской фигуры, что определяет не только усиление мастурбации, но и гиперактивности, а в будущем – и агрессивного поведения.

Истероформные соматические симптомы, как это и определяет классический психоанализ, отражают блокаду энергии либидо (8, 10). Так, пятна на руках, покраснение ладоней – есть результат блокады мастурбации. «Стыдное» желание блокируется «цензурой», и вся энергия либидо переходит на орган, который призван осуществить мастурбационный акт. В этих случаях мы всегда находим напряженность и определенную «холодность» отношений матери и ребенка. У мальчиков наблюдается зависть к отцу и раздражение к нему. Можно эту группу проявлений назвать своеобразными «эдипальными» нарушениями. Либидо не может излиться, «перетечь» на внешний объект и вынуждено выходить наружу, том числе, в виде кожных симптомов на руках (через блокаду мастурбационного акта). И здесь также будет недостаточно одних транквилизаторов, без соответствующей психоаналитической проработки (8).

Поведение является, во многом, матрицей депрессивно-невротически переживаний (4). В агрессивном поведении выходит наружу энергия либидо, искаженная в безуспешном поиске «партнера». Здесь всегда есть, в том или ином виде, нарушения межличностного взаимодействия. В любви, в отношениях проявляется дуализм, который хорошо описала девушка семнадцати лет: «я знаю, что маму надо любить, но она была бездушна, била меня, и теперь я не мыслю себе любви без скандалов; я чего – то «недочувствую», если не переживу ссору». В таких случаях мы видим реакции протеста, садистический компонент при полном отсутствии мотива для агрессии. По самоотчетам больных, применение седатиков вызывает у них всего лишь «притупление чувств», никак не меняя стереотип, патологический алгоритм поведения. Поэтому, конечно, курсы антидепрессантов должны сочетаться с сеансами психоанализа.

Нервная анорексия – типичный регресс психики. Собственно, выработанные ранее патогенетические подходы к симптомам нервной анорексии сохраняют свою актуальность и в наши дни. Речь идет о страхе взросления, стремлении остаться в детстве, зафиксировать свое детское статус кво, прекратить менструации, замедлить половое созревание. Все это можно назвать общей блокадой либидо. Антидепрессанты при данной патологии применимы в щадящих дозах, имеют ограниченный стимулирующий эффект. Терапия обязательно включает компонент общего развития, личностного роста, духовного становления.

Есть следующая трактовка суицидальных тенденций: либидо не выходит наружу, на акцептор, т.е. на значимый объект. «Вернувшееся» либидо меняется таким образом, что становится «обозленным» по отношению к своему субъекту (8). Направленное вовнутрь, оно провоцирует аутоагрессивные тенденции. На следующем примере такой алгоритм подтверждается. После смерти любимого отца мальчик длительное время был замкнут, избегал контактов. Когда его мать родила ребенка «для себя», чтобы, как она выразилась, не умереть с тоски, он «охладел» к ней. Впоследствии начал говорить о несправедливом устройстве общества и высказывать суицидальные мысли. Его состояние было расценено как эндогенное. На фоне курса антипсихотика возник нейролептический синдром. Очевидно, в этом случае есть весомый компонент психодинамики, что должно быть учтено при выборе адекватной терапии.

В тех случаях, когда отец не является той самой «фигурой» и, более того, вызывает у ребенка чувство унижения, у него развивается беспомощность, которая перерастает в депрессию. Отсутствие жизненной энергии, по Р. Мэю (6), нарушение экзистенциального чувства могут привести к симптомам тревоги с суицидальными мотивами.

Депрессии несут в себе подоплеку ранних психических травм, своего рода, «выученной беспомощности». Сделанные в детстве едкие замечания типа: «Тебя никто замуж не возьмет, ты полы мыть не умеешь» – впоследствии имеют вполне практическое воплощение. Мы, например, долго не могли понять, отчего девушка, 17 лет, после всякого, порой, незначительного стресса, наносила самопорезы, пока после длительной беседы она не вспомнила об этих словах ее бабушки. И, разумеется, любые антидепрессанты будут для нее малоэффективны без учета ее беспомощности и «автоматической» депрессии, сформированной в раннем детстве.

В детских эксплозивных реакциях также виден психодинамический след. Когда на глаза пятилетнего мальчика умер отец, ребенок не говорил два года. Дед привязывал его к кровати, чтобы он не бегал по квартире, бил ремнем. Повзрослев, сам мальчик бьет деда, что служит причиной неоднократных госпитализаций. Но он ласков, ждет помощи, просит не назначать таблетки, т.к. устает, не может читать. С позиций психоанализа и с позиций гуманистического подхода, конечно, не стоит его тормозить нейролептиками.

Агрессия мести (4) возникает как воспоминание о психической травме раннего детства, унижении. Аффективный комплекс психотравмы может перейти в очерченный депрессивный симптомокомплекс. Но есть альтернативный вариант: компенсаторные силы личности переводят общий аффективный комплекс в агрессивное поведение. Личность борется за выживание с помощью агрессии. Движение от депрессии к агрессии как форме личностного развития согласуется с теориями Лоренца и Меннингера (2, 5). Линия раздела, своего рода, «точка бифуркации», проходит так: либо депрессивное торможение психической энергии и экзистенциальной силы, либо агрессия и «спасение» экзистенции. Последний вариант динамики виден, в частности, у мальчика, которого его бабушка в детстве часто кормила насильно, привязывала к стулу, борясь с его гиперактивностью. В подростковом возрасте этот мальчик сам привязывал бабушку и вливал ей в рот стакан подсолнечного масла.

И еще важный психоаналитический момент, связанный с отцовской фигурой. Ранний развод, отец вне семьи, ребенок о нем ничего и не знает. Он внешне никак не переживает, не дает невротических реакций по данному поводу, «проблемы отца» для него не существует. Но у него незаметно подтачивается социальная адаптация, индивидуация (9), искажается становление «онтогенетической реальности» (3). Он неустойчив, легко конфликтен, не удерживается в рамках социума, у него нет стойких поведенческих установок. Такой алгоритм виден на этапах формирующихся расстройств личности, с подростковыми патохарактерологическими реакциями (группирование, внушаемости, рискованного поведения, делинквентности).

У немало количества «психопатов» и «шизофреников», диагнозы которым были установлены без учета психодинамики, седативная психотропная терапия оказывает, в лучшем случае, лишь общезатормаживающее действие, не затрагивая тревоги, реакций личности и формы поведения. А измученные родители часто требуют увеличить дозу лекарства, полагая, что существует связь препарата и улучшения состояния ребенка. В то же время, учет элементов психодинамики, особенно важных в детстве, заставляют модифицировать терапию, применять, наряду с психотропными препаратами, современные приемы психоанализа.

#### *Литература*

- 1.Болонь С. - Clorincor. – 29.08.2016. (с сайта b17ru).
- 2.Лоренц К. Агрессия (Так называемое зло). – М. 1994.
- 3.Лэйнг Р.У. Разделенное Я. – М. – 1996.
- 4.Можгинский Ю.Б. Эмоции. Поведение. Агрессия. – М. – 2011.
- 5.Меннингер К. Война с самим собой. – М. – 2001.
- 6.Мэй Р. Сила и невинность: в поисках истоков насилия. – М. – 2001.
- 7.Пригожин И. От существующего к возникающему. – М. – 2002.
- 8.Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающих тяжелыми расстройствами. – Под.ред. Д. Анастасопулос, Э. Лэйлу-Лайнос, М. Водделл и др. – М. – 2007.
- 9.Юнг К. Аналитическая психология. – СПб. – 1994.

10. Фрейд З. Избранное. – Ростов-на-Дону. – 1998.

*Экспрессивные проективные методики*

1. Дом, дерево, человек.
  - А. Открытая дверь.
  - Б. Маленькая дверь.
  - В. Огромный замок.
  - Г. Окно без стекол – враждебность.
  - Д. Черный – пугливость.
  - Е. Желтый – сильная враждебность.
  - Ж. Красный – потребность в тепле.
3. Зеленый – желание безопасности.
- И. Крупная шея – импульсивность.
- К. Длинная шея – торможение.
- Л. Толстая, короткая шея – инстинкты.
- М. Рот клоуна – вынужденная приветливость.
- Н. Маска – отчужденность.
- О. Впалый рот – пассивная зависимость.
- П. Робот – деперсонализация.
- Р. Палочки – негативизм.
- С. Клоун – враждебность, отверженность.
- Т. Зубчатость – враждебность.
- У. Маленькие фигуры – тревога, зависимость.

2. Животное

- А. Острые зубы, выступы, рога – враждебность

*Драпкин Б.З.:*

Мать:

1. Думает
2. Произносит
3. Ведет дневник

Психотерапевт должен быть:

1. Авторитетен
2. Всегда прав
3. Абсолютно убежден в методе
4. Никаких «быть может»

Хитрый прием косвенного внушения. Все страхи положим в коробочку, и мама ее закроет. Спустит на парашюте.

Детей не надо зомбировать, пускай они будут непослушны.

Психотерапевтическое слово – пуля.

Восхищение Эриксонем.

Важна первая встреча – голос, руки, внимание, улыбка («в человеке все должно быть прекрасно!»).

Для психиатра, если он психиатр, все – внушаемы, и не важно, каким способом.

*Метод М. Эпштейна:*

Собственно, он опровергает «стрелу времени». Почему все тянутся в детство? Там есть энергия выздоровления. Когда еще все впереди, еще все возможно. «Человек должен активизировать поетнциальное значение своей жизни (Виктор Франкл). А как его активизировать? Проникнув в прошлое.

Что предлагает Эпштейн? Вспомнить Выготского: тот говорил о станции, куда скопились поезда, тем самым закупорив выход и создав невроз. А что если назад поехать? Ведь так из одного мы создадим много путей! Тогда мы вернемся к возможностям и станем свободными! Каждая ситуация имеет альтернативу, каждое «я» – это возможность быть другим. Аристотель заметил: животное после совокупления бывает печальным.

*Уроки Юнга:*

1. Бессознательное существует («и никаких доказательств не требуется»).
2. Оно дает символы.
3. Само осознание уже лечит.
4. Не надо торопить пациента.
5. Его «ошибки» - не ошибки.
6. Уклонение – тоже символ (нехочет рисовать).
7. В лечение необходимо творчество (Мотыль: «...делать самому»).
8. Перетекание психической энергии с одного объекта на другой.



9. Из Фрейда: парапраксии.

*Грег Фирс и Шнитке:*

Рисунок Себастьяна: рисует треугольник «напряжение», «взрыв», «облегчение». Так Себастьян изобразил динамику своего заикания – гармония, взрыв и распад. От невротической красоты, через трансформацию к неизбежному краху. Да, можно идти двумя путями – культивировать гармонию или искать подсознание. *После рисунка заикание уменьшилось!*

Рисовать – лепить – рассматривать картинки – глядеть на окружающий мир.

*Можгинский Ю.Б.:*

Если есть метод Фрейда, идущий вглубь истории, то есть же и другой способ – идти в будущее, в возможности, в поиск путей грядущего.

Упор на что-то в бытовом смысле важное, может, и кажущееся мелочью, но угаданное как важное для пациента.

## **CHILDREN'S PSYCHOANALYSIS: BETWEEN PHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

**Mozhginskiy Y.B.**, Children's Clinic «Medsy», Children's mental health center, Moscow

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА**

**Резаков Артём Александрович**, Заведующий психоневрологическим дневным реабилитационным стационаром, СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина, психоневрологический дневной реабилитационный стационар.

**Олиферук Татьяна Петровна**, логопед отделения, СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина, психоневрологический дневной реабилитационный стационар.

**Шарабура Анжелика Сергеевна**, логопед отделения, СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина, психоневрологический дневной реабилитационный стационар.

**Ключевые слова:** мотивация пациентов, логопедические занятия, когнитивно-поведенческая психотерапия, шкала оценки эффективности коррекции логопедических мероприятий.

В условиях психоневрологического дневного реабилитационного стационара (далее ПНДРС) Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина с пациентами проводятся различные реабилитационные мероприятия, основной целью которых является включение в общество с решением ряда вопросов, отмечающихся при поступлении и пребывании их в отделении. Одним из этих вопросов, являются логопедические нарушения, отражающиеся в трудностях при обучении в прежних школах с русским языком и чтением и, создающие условия для ситуации неуспешности формирующейся личности пациентов. Зачастую было сложно понять, каким образом, кроме улучшения успеваемости по ряду учебных дисциплин в школе при отделении, можно было бы оценить динамику у пациентов при проведении занятий с логопедом в индивидуальной форме или при проведении работы в малой группе. Именно для этого и была разработана специалистами отделения шкала оценки эффективности коррекции логопедических нарушений, состоящая из 13 пунктов и проводилось тестирование пациентов в период пребывания в дневном стационаре и перед выпиской из отделения.

*Основная цель исследования* – определение эффективности коррекции логопедических нарушений у пациентов ПНДРС при регулярных занятиях с логопедом индивидуально или в условиях малой группы при сравнительном анализе психотерапевтических мероприятий.

Исходя из цели, ставились *следующие задачи*:

1. Определение мотивации пациентов к проведённым занятиям и изменение её на всём протяжении логопедической коррекции в группе пациентов, проходящих сеансы когнитивно-поведенческой психотерапии и в группе пациентов без проведения психотерапии.

2. Определение отношений ближайших родственников пациентов к проблеме нарушений письменной и устной речи и степень взаимодействия со специалистами отделения, что определяло в свою очередь процесс выполнения необходимых домашних заданий.

3. Изучение влияния органического фона на выраженность логопедических нарушений у пациентов ПНДРС.

4. Анализ результатов успеваемости пациента в школе при отделении на уроках русского языка и чтения.

5. Тестирование пациентов по шкале определения эффективности коррекции логопедических нарушений и оценка степени коррекции проводимых логопедических мероприятий.

*Дизайн исследования. Материал и методы.* В исследование было включены 57 пациентов ПНДРС, проходящих лечебно-реабилитационные мероприятия в отделении в период последней госпитализации с сентября 2016 года по январь 2017 года. Все они являлись учениками школы № 132 при ПНДРС, которая обучает пациентов по общеобразовательной базовой программе. При этом мальчиков было 46 человек, девочек – 11 человек. По возрастным особенностям пациенты распределились следующим образом: возрастная группа 11–13 лет 44 человека, 14–16 лет – 13 человек.

По основному диагнозу пациентов, включённых в исследование, было следующее распределение: лёгкое когнитивное расстройство F 06.7 у 28 пациентов, органическое эмоционально-лабильное расстройство F 06.6 у 13 пациентов, другие непсихотические психические расстройства F 06.828 у 12 пациентов, смешанное расстройство эмоций и поведения F 43.25 у 3 пациентов, органическое эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип F 60.30 у 1 пациента.

Все 57 пациентов, включённые в исследование, были разделены на 2 группы: 25 пациентов первой группы проходили занятия по когнитивно-поведенческой психотерапии и 32 пациента второй группы, которые не были включены в проведение психотерапии. Сеансы когнитивно-поведенческой психотерапии проходили у пациентов первой группы с частотой 1 раз в неделю в период всего пребывания в дневном стационаре с сентября 2016 года по январь 2017 года. В ходе психотерапевтических сеансов, кроме изменения привычных паттернов поведения, реконструкции межличностных отношений, проходила работа над сниженной мотивацией к познавательной деятельности или её отсутствием. Познавательная деятельность включала в себя мотивацию к обучению в школе и к занятиям с логопедом.

Логопедическая патология рассматривалась как осложнение основного заболевания, и была представлена следующим образом: недоразвитие лексико-грамматического строя речи отмечались у 23 пациентов, элементы дислексии у 9 пациентов, элементы дисграфии у 34 пациентов, элементы дизорфографии у 34 пациентов, дизартрия у 15 пациентов, дисграфия у 22 пациентов, дизорфография у 16 пациентов, заикание у 2 пациентов, билингвист в 1 случае. При этом у одного и того же пациента мог быть сложный комплекс логопедических нарушений, что, в свою очередь, затрудняло процесс логопедической коррекции.

К методам исследования относился клинический метод, заключающийся в осмотре пациента врачом-психиатром и неврологом, логопедом и чётким определением основного заболевания, логопедической патологии и сопутствующего неврологического диагноза; клинко-инструментальный метод – проведение ЭЭГ головного мозга для определения степени выраженности органических нарушений; клинко-катamnестический метод – сбор анамнеза с уточнением наличия отягощённости по речевой патологии у родителей и ближайших родственников, а так же данных о темпах речевого развития пациентов. Для определения степени коррекции логопедических нарушений на фоне логопедических занятий была разработана шкала оценки с разделением на 3 степени коррекции: 6–8 баллов – эффективная коррекция логопедических нарушений, 9–14 баллов – нестойкая коррекция логопедических нарушений, 15 баллов – неэффективная коррекция или отсутствие положительной динамики при проведении логопедической работы.

*Результаты и обсуждение.* Занятия пациентов с логопедом в условиях ПНДРС проходили 2 раза в неделю в условиях малой группы или 2 раза в неделю индивидуально. При наличии сложного комплекса логопедических нарушений проводилась комбинированная работа так же с частотой 2 раза в неделю на протяжении 5 месяцев в период последней госпитализации пациента в условиях ПНДРС. Мотивация пациентов в ходе проведения занятий характеризовалась как выраженная в 8 случаях, как неустойчивая в 32 случаях, отсутствие мотивации было в 17 случаях. Отношение родственников к проведённым логопедическим занятиям характеризовалось как выраженное взаимодействие с выполнением домашних заданий в 26 случаях, формальное отношение в 30 случаях и отсутствие интереса к проводимым мероприятиям с пациентом в 1 случае. Анализ результатов электроэнцефалограммы выявил выраженность органических нарушений головного мозга, лёгкие или умеренные изменения биоэлектрической активности головного мозга (55 % результатов), с диффузной ирритацией коры, явления дисфункции дизэнцефальных структур, нарушения общего функционального состояния головного мозга (40 % всех результатов). Кроме этого, выявлялись очаговая и пароксизмальная активность (30 % всех результатов). При осмотре невролога выявлялась резидуальная энцефалопатия перинатального или смешанного генеза, синдром когнитивных нарушений или церебрастенический синдром.

Успеваемость пациентов при обучении в школе также была разной. У 15 пациентов отмечались трудности в усвоении школьной программы, русского языка, чтения, математики и учебных дисциплин гуманитарного звена – биологии, географии, истории. Как правило, трудности с предметами гуманитарного звена объяснялись практически отсутствием мотивации. У 33 пациентов мотивация носила неустойчивый характер в зависимости от их эмоционального состояния и от межличностных отношений в референтной подростковой группе или в системе отношений педагог-пациент. У 9 пациентов мотивация к занятиям и процессу обучения имела выраженный характер. Показателем выраженной мотивации к обучению были хорошие оценки по ряду учебных дисциплин, регулярное выполнение домашних заданий, посещение дополнительных занятий после уроков для решения наиболее трудных заданий, положительная характеристика педагогов.

Отмечалась взаимосвязь между мотивацией к проведению логопедических занятий и мотивацией к учебной деятельности, причём более заметная в период начала пребывания пациента в условиях дневного стационара, с течением времени данная связь ослаблялась, что было обусловлено проведением большого количества реабилитационных мероприятий, в том числе и занятий с логопедом. Кроме этого, у пациентов 1 группы с проведением когнитивно-поведенческой психотерапии эффективность коррекции логопедических нарушений была результативнее в связи с улучшением мотивации к познавательной деятельности, оцениваемой при тестировании по шкале.

Отягощённость речевой патологией в семьях пациентов отмечалась в 3 случаях у ближайших родственников: заиканием в 1 случае, задержкой формирования речи в 2 других случаях. У 4 пациентов в анамнезе отмечалась моторная алалия, общее недоразвитие речи 1 уровня речевого развития.

При тестировании по шкале определения эффективности коррекции логопедических нарушений были получены следующие результаты:

- эффективная коррекция логопедических нарушений у 30 пациентов, что соответствовало диапазону значений 6–8 баллам при тестировании;

- нестойкая коррекция логопедических нарушений у 25 пациентов, что соответствовало диапазону значений 9–14 баллам при тестировании;
- неэффективная коррекция логопедических нарушений у 2 пациентов, что соответствовало диапазону значений 15 баллов и более при тестировании по данной шкале;

На основании проведенного исследования можно сделать *выводы*.

1. Шкала оценки эффективности коррекции логопедических нарушений может быть дополнительным диагностическим инструментом в системе оказания логопедической помощи пациентам дневного стационара.

2. Отмечается корреляция между низкой мотивацией к учебной деятельности в школе или её отсутствие и к проведению логопедических занятий в начале госпитализации пациента в дневной стационар; тогда как при проведении реабилитационной работы и логопедических занятий в середине периода госпитализации данная корреляция не отмечалась.

3. Наличие у пациента сложного комплекса логопедической патологии и сниженной мотивации или её отсутствие, влияло на результативность и степень эффективности коррекции логопедических нарушений.

4. Преобладание эффективной коррекции и нестойкой коррекции логопедических нарушений при соответствии с количественными значениями шкалы могут свидетельствовать о хорошем реабилитационном потенциале пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара в структуре общей реабилитационной работы.

5. Повышение мотивации к познавательной деятельности у пациентов, с которыми проводились сеансы когнитивно-поведенческой психотерапии в 1 группе, способствовало более эффективной коррекции логопедических нарушений, что не отмечалось у пациентов 2 группы; в связи с этим проведение психотерапии для всех пациентов, с которыми проводятся занятия с логопедом дневного стационара, является приоритетным направлением.

#### **DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE CORRECTION OF SPEECH DISORDERS IN A COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN PATIENTS OF PSYCHO-NEUROLOGICAL DAY REHABILITATION HOSPITAL**

**Rezakov Artem Alexandrovich**, Head of psycho-neurological day rehabilitation hospital, Center of Regenerative treatment «Child psychiatry» named after S.S.Mnukhin, psycho-neurological day rehabilitation hospital.

**Oliferuk Tatyana Petrovna**, speech therapist, Center of Regenerative treatment «Child psychiatry» named after S.S.Mnukhin, psycho-neurological day rehabilitation hospital.

**Sharabura Anzhelika Sergeevna**, speech therapist, Center of Regenerative treatment «Child psychiatry» named after S.S.Mnukhin, psycho-neurological day rehabilitation hospital.

**Key words:** motivation of patients, speech therapy classes, sessions of cognitive-behavioral psychotherapy, scale of an estimation of efficiency of correction of speech disorders.

#### **ДЕМЕНЦИИ, КАК ФАКТОР СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УХАЖИВАЮЩИХ ЛИЦ (клинико-психосоциальный подход)**

**Сердюк Олег Викторович**, ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург.

**Сиденкова Алена Петровна**, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург.

**Аннотация:** Деменции позднего возраста являются актуальнейшей проблемой геронтопсихиатрии. Психосоциальное значение эта проблема получает при понимании состояний слабоумия как тяжкого бремени на микросоциальное окружение пациента. Изучение динамического влияния клинических и психосоциальных аспектов деменции на психическое состояние и качество функционирования пациентов и уровня социально-трудовой адаптации лиц, осуществляющих уход за больными, является основной целью исследования. Основные методы исследования: клинико-динамический, психометрический, социометрический, статистический. Результаты исследования показали, что деменции позднего возраста, являются тяжелым психическим расстройством, представляют собой актуальную медикопсихосоциальную проблему и выступают как мощный фактор психосоциальной и трудовой дезадаптации для лиц, осуществляющих длительный уход за больными.

**Ключевые слова:** деменция, бремя болезни, психосоциальные проблемы.

**Введение.** Согласно результатам социально-демографического анализа, в настоящее время продолжается рост доли пожилых людей в популяции, что оказывается закономерным для различных субъектов Российской Федерации [1–4]. Ежегодный прирост числа лиц старше трудоспособного возраста в Свердловской области составляет 0,8–0,9% от общепопуляционного показателя. В ближайшие годы прогнозируется дальнейшее «постарение» популяции. С увеличением возраста населения растет число психических нарушений стареющих людей, что актуализирует раннюю диагностику и медико-социальную помощь пожилым. Учитывая, что особенностью когнитивных расстройств является нарастающая потребность в помощи, нарушениями поведения больных, становится понятным, что проявления самой болезни неблагоприятным образом влияют на окружение пациента, вызывая изменения в условиях жизни всей семьи [4–8].

Проблема оказания помощи лицам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами является полипрофессиональной по своей сути, поскольку ее решение возможно только при участии специалистов нескольких профессий и ведомств [1,2,8–12]. Причиной этого является многомерное воздействие биологических и социально-психологических факторов на центральную нервную систему и личность пациента при формировании когнитивных расстройств. Поэтому полноценная помощь при когнитивных нарушениях ориентируется на усилия специалистов разных профилей, что позволяет решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью [8–12].

Несмотря на высокую научную активность в отношении многостороннего изучения деменций позднего возраста, сохраняется низкий диагностический уровень и недостаточная обеспеченность специализированной психиатрической помощью лиц пожилого и старческого возраста, страдающих деменцией [4, 13–17]. Отсутствие должного объема медицинской и психосоциальной помощи на фоне прогрессирующего ухудшения социального функционирования больного с деменцией увеличивает бремя болезни на близкое окружение заболевшего [4,6,18]. Расширяется медико-социальное значение психического расстройства пожилого человека, оно становится мощным пролонгированным патогенным фактором, дезадаптирующим ухаживающего [5,19–22]. В научной литературе достаточно подробно освещены аспекты социоэкономического бремени деменции [2,3,8,11,12, 16,18]. Изучен вопрос о влиянии дементирующего процесса на психологическое и психическое состояния ухаживающих. В работах отечественных авторов указывается на взаимное влияние состояний самого больного и ухаживающего лица. Показано неблагоприятное воздействие отдельных микросоциальных влияний на риск возникновения и поддержания аффективных и психотических расстройств у пациентов позднего возраста.

Изучение отдельных аспектов оказания комплексной помощи лицам с деменциями и членам их семей явилось интересом настоящего исследования.

*Материалы и методы исследования.* Проведено наблюдательное исследование факторов, влияющих на обращаемость за специализированной помощью при психозах и поздних деменциях. Исследование проводилось на пилотной территории – это промышленный город Свердловской области с общим населением 358 тыс. человек. Применялись методы социального наблюдения, социометрический, метод статистического анализа.

*Результаты исследования.* В настоящей статье приведена часть исследования, посвященная анализу психосоциальных проблем лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией. В группе исследования наиболее близкими помощниками для пациентов были родственники (дочери, сыновья, племянницы, сестры), супруги. Проведен опрос 128 горожан, родственников больных геронтопсихиатрического профиля, наблюдающихся амбулаторно.

Социально-демографическая характеристика ухаживающих лиц.

Данные исследования показывают, что в большинстве случаев за пациентом, страдающим деменцией, ухаживает пожилой человек, являющийся пенсионером по возрасту или инвалидом. Средний возраст лиц, ухаживающих за нашими пациентами, составил  $63,4 \pm 4,3$  года. Большая часть из них женщины (78 %). В 61% случаев уход за больными осуществляли их дети, средний возраст которых составил  $57,3 \pm 2,1$  лет. В 23% случаев за пациентами со слабоумием ухаживали супруги, достигшие среднего возраста  $77,1 \pm 3,5$  лет. 16% ухаживающих составили другие родственники. Средняя продолжительность ухода на момент включения в исследование составила  $5,1 \pm 3,2$  лет.

Среди ухаживающих пенсионеры по возрасту составили 44,3% (31 чел.), пенсионеры по инвалидности по причине различных соматических заболеваний 10,0% (7 чел.). Лица трудоспособного возраста в 24,3% случаев (от общего числа ухаживающих) сохранили прежний социально-трудовой статус, продолжали, несмотря на совместное проживание с больным и все тяготы ухода за ним, заниматься квалифицированным трудом. Среди ухаживающих трудоспособного возраста 47% лиц занимались низко квалифицированным трудом или не работали. В категорию неквалифицированный труд мы включили и тех, кто был занят неполный рабочий день, что было обусловлено необходимостью находиться рядом с больным и помогать ему. В группу не работающих вошли женщины, вынужденные оставить трудовую деятельность по тем же причинам. По мере увеличения стажа ухода за дементными больными у все большего числа их родственников снижался уровень трудового статуса.

По мере прогрессирования ослабляющего процесса у больного члена семьи менялось качество жизни близких людей пациента. Качество жизни рассматривалось нами как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника ВОЗЖ-100 анализировалась субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий, осуществлялась оценка шести крупных сфер качества жизни: физические и психологические функции, уровень независимости и социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, измерялось восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом.

В рамках физического функционирования жизнь ухаживающего ухудшалась из-за проблем, вызываемых физической болью либо физическим дискомфортом, усталостью и недостатком энергии и сил, а также невозможностью в достаточной мере восстановиться и отдохнуть с помощью сна. Трудности в психологической сфере, отрицательно влиявшие на жизненное благополучие, проистекали из недостатка положительных или избытка отрицательных эмоций, из-за снижения самооценки или беспокойства. Социальное функционирование включало в себя близкие личные взаимоотношения индивида, возможность оказывать поддержку другим людям и получать поддержку от них. Сфера «Окружающая среда» включала внешние (материальные и иные) условия жизни индивида, в ее состав входили личная свобода, физическая безопасность и чувство защищенности в тех жизненных условиях, которых участник исследования находился на период исследования. Другими важными субсферами «Окружающей среды» являлись жилищные условия респондента, степень его обеспеченности, наличие

возможностей для получения качественной медицинской или социальной помощи, для приобретения новой информации и навыков, для отдыха, релаксации и проведения свободного времени.

В соответствии с задачами исследования проведена оценка влияния каждого из структурных болезненных феноменов на качество жизни ухаживающего лица.

Корреляционный анализ выявил психопатологические феномены, включенные в структуру синдрома деменции, оказывающие наибольшее влияние на показатели качества жизни ухаживающего лица. Так, наличие гипотимии умеренной степени выраженности у дементного больного в виде подавленности, сниженного настроения, слезливости, жалоб на упадок сил, высказываний депрессивного характера резко снизило показатели качества жизни, при этом социальная активность, показатели физического самочувствия, удовлетворенность собственным эмоциональным состоянием ухаживающих существенно не изменились. Наиболее выраженное депримирующее влияние на показатели качества психического и социального функционирования ухаживающих оказало присутствие в структуре синдрома слабоумия таких психопатологических феноменов как тревога, психотическая симптоматика, аберрантная активность, нарушенное ночное поведение. Влияние вышеназванных феноменов оказалось достоверно ( $p < 0,01$ ) более выражено влияния гипотимии. Тревожные паттерны, выявленные у дементных больных, в виде потребности в удержании ухаживающего лица в поле зрения, агитации, тревожной взбудораженности, возникающей в одиночестве, расценивались ухаживающими как чрезмерная эмоциональная нагрузка. Наличие патологической двигательной активности в форме бесцельного многочасового хождения, стереотипной (повторяющейся) деятельности определяло необходимость осуществлять постоянный контроль за больным. Аберрантное поведение в сочетании с нарушенным циркадным ритмом в форме вечерней и ночной псевдоактивности, симптома «закатного солнца» приводило к достоверному снижению качества физического функционирования ( $p < 0,05$ ) ухаживающих и коррелировало ( $\lambda = 0,731$ ) с выраженностью у них явлений психосоциальной дезадаптации. Из показателей качества жизни ухаживающих за больными с галлюцинаторно-параноидным вариантом слабоумия наиболее уязвимыми оказались параметры психического, социального функционирования, оценка удовлетворенности окружающей средой, что, как и в случае аберрантного поведения, определялось необходимостью осуществлять постоянный контроль над деятельностью пациента и усугублялось при сочетании в психическом статусе пациента психопродуктивных расстройств с агрессией.

Оценка качества жизни, осуществленная в настоящем исследовании, дополнялась анализом состояния психического здоровья лиц, осуществляющих уход за больными. Ухаживающий родственник, сохраненный в интеллектуальном отношении, оказывался в ситуации пролонгированной на многие месяцы психической травмы, содержанием которой является целый комплекс специфических внешних обстоятельств и внутренних переживаний, связанных с прогрессирующей потерей интеллекта больным. У 87,1% (61 чел.) ухаживающих были обнаружены признаки эмоционального дистресса, представленные в форме дистимических и невротических нарушений. У 45,7% (32 чел.) ухаживающих выявилось специфическое психическое расстройство невротического уровня, развившиеся в ответ на информацию о выявлении деменции у их близкого, в литературе такие феномены встречаются под названием реакций «преждевременного траура» или «упреждающего вдовства» [2], эти лица перенесли выраженное, но непродолжительное (на протяжении нескольких дней) психическое расстройство, ретроспективно расцененное нами, как острая реакция на стресс. В роли мощного стрессирующего травматического события выступала информация о диагностике деменции у супруга(и), что однозначно интерпретировалось исследуемым как смерть личности заболевшего. Для некоторых из них, психотравмой оказалась информация о диагнозе, для других – столкновение с поведенческими расстройствами и выраженной интеллектуальной несостоятельностью больного. Психологическое значение данного расстройства специфично, поскольку это не что иное, как реакция горя, потери близкого человека, которая опережает, упреждает его физическую кончину. На момент проведения настоящего исследования психологическое состояние ухаживающих характеризовалось нарастающим эмоциональным истощением, снижением синтонности, душевной близости и вовлеченности в проблемы больного, отстраненностью от реальности, все большей ориентированностью на формальные режимные моменты по уходу. У этих ухаживающих развивалось чувство одиночества, эмоциональной опустошенности, безразличия к будущему как собственному, так и к будущему больного. В их высказываниях звучал мотив безысходности, ожидания смерти пациента, которая рассматривалась как избавление от многолетних тягот и страданий всей семьи, связанных с болезнью. Наибольшее стрессовое значение для этих ухаживающих имели не проявления собственно слабоумия, а нарушения социального функционирования больных, их разрушительное поведение и нарастающие признаки регресса личности.

Выявлено наличие корреляционных связей между формированием состояния «упреждающего вдовства» и продолжительностью потребности в уходе ( $\lambda < 1,0$ ).

*Обсуждение.* Таким образом, результаты исследования подтверждают, что деменции позднего возраста, являются тяжелым психическим расстройством, которое представляет собой актуальную медикопсихосоциальную проблему, вовлекающую окружение пациента, и выступает как мощный фактор психосоциальной и трудовой дезадаптации для лиц, осуществляющих длительный уход за больными.

#### Список литературы

1. Случевская С.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ...канд. мед. наук 14.00.18. - С-П., 2008. – 28 с.
2. Здоровье пожилых: Докл. Комитета экспертов ВОЗ. – Женева: Всемир. орг. здравоохранения, 2015 – 96 с.
3. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М: Изд-во «Пульс»; 2003
4. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое

исследование)/Автореферат на соискание уч.степени д.м.н.; 1999.

5. Черношвитов Е.В. Социальная медицина. М: Изд-во « Академический проект»; 2003
6. Сиденкова А.П., Сердюк О.В.. Психические расстройства позднего возраста: социально-демографические и эпидемиологические корреляции// Уральский медицинский журнал № 8 (141). 2016.
7. Arie T. Day care in geriatric psychiatry. *Gerontologia Clinica*. 1975; 17: 31-9.
8. Семке А.В., Сиденкова А.П., Жмудь М.В., Потемкин Б.Е.. Судебно-психиатрическая экспертиза поздних деменций// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 4. С. 48-50
9. Казаковцев Б.А., Поташева А.П., Сиденкова А.П.. Бригадные формы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации//Психическое Здоровье. 2006. № 1. С. 15.
10. Сиденкова А.П. Факторы, влияющие на приверженность противодементной терапии//Уральский Медицинский Журнал. 2014. № 7.
11. Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами // Психическое здоровье. – 2016. – Т 14, №2 (117). – С. 13 – 19.
12. Сиденкова А.П. Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная и психологическая проблема современности// Уральский медицинский журнал. 2010. № 9. С. 6-9.
13. Семке А.В., Сиденкова А.П. Анализ распространенности и последствий когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп в Свердловской области//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6.
14. Мякотных В.С., Березина Д.А., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Некоторые медико-психологические особенности процесса старения женщин//Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 1 (47). С. 75-78.
15. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Березина Д.А. Медицинские, психологические, социальные, гендерные аспекты старения в современной России//Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. № 2. С.302-309.
16. Sinclair I., Parker R., Leat D., Williams J. The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people. London: HMSO; 1990.
17. Сиденкова А.П. Динамический анализ социально-психологических факторов комплаенса длительной противодементной терапии// Психиатрия 2016 №1 (69) С.27-34
18. Withanage A.N. Abstracts of the XXI World Congress of Neurology Dementia, delirium and aggressive behaviour (AB) among hospitalised elderly / A.N. Withanage, S. Wass, A. Foy // Journal of the Neurological Sciences. – 2013. – Vol. 333 (1). – P. 293.
19. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Семке А.В. комплексная диагностика и терапия деменций с бредом//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 1 (90). С. 54-58.
20. Sahathevan R. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review / R.Sahathevan, A. Brodtmann, G.A. Donnan // International Journal of Stroke 2012. - Vol. 7. - Issue 1. - P.61-73
21. Salman K. Лечение психоза у лиц пожилого возраста / K. Salman, E. J.Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. – Vol. 11. – P. 286–296.
22. *World Health Organization Neurological Disorders: Public Health Challenges. — Switzerland: World Health Organization, 2006. — С. 204–207.*

#### **DEMENTIA AS A FACTOR OF FAMILY DESADAPTATION**

**Serdyuk Oleg V.**, Sverdlovsk Regional Psychiatric Clinic, Yekaterinburg, Russia.

**Sidenkova Alyona P.**, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia.

#### **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**Сайдалиходжаева Дилноза Гафуржановна** – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

**Аннотация.** Выявлена взаимосвязь между уровнем тревожности и наличием стрессогенных факторов как у первородящих, так и у повторнородящих беременных женщин на разных этапах гестации, влияние микросоциальной среды на формирование и выраженность тревожных нарушений как фактора риска угрозы прерывания беременности.

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, депрессивные расстройства, беременные женщины.

*Актуальность:* согласно исследованиям многих отечественных психологов и психиатров установлено, что несмотря на высокую распространенность психоземotionalных изменений беременных женщин, в большом количестве случаев они не диагностируются [6]. Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца [2]. Психоземotionalные изменения выявляются у 80% беременных, причем 56% из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности [1]. По результатам эпидемиологических исследований тревожные и депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин [3]. Психоземotionalные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование

женщины[4]. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом [5].

*Целью исследования* явилось определение уровня тревожности у первородящих и повторнородящих женщин в период беременности, изучение стрессогенных факторов, влияющих на их формирование, для разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

*Материалы и методы исследования:* объектом для исследования явились 28 первородящих и 12 повторнородящих беременных женщин, состоящих на консультативном учете районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности и ранее не обращавшихся за медицинской помощью к психиатрам и невропатологам. Им был предложен тест-опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.

*Результаты и обсуждение.* По результатам исследования уровня тревожности можно увидеть, что среди беременных, принявших участие в исследовании, женщины с таким уровнем тревожности, как высокий, встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. Пациентки жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и проблемами воспитания ожидаемого ребенка). Страхи беременных женщин носили доминирующий характер. Они были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности. При исследовании уровня тревожности у первородящих женщин с помощью методики Спилбергера-Ханина были получены следующие результаты:

Таблица 1

*Уровень личностной тревожности у первородящих беременных женщин*

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	5	6	12
Умеренный	15	18	16
Низкий	8	4	-

Из приведенных данных видно, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5%). В 17,8% случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6% случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2% случаев, также было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4%, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2% случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8%), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1% случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции.

Таблица 2

*Уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин*

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	2	2	4
Умеренный	16	16	20
Низкий	10	10	4

Как видно из приведенных данных, уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1% случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7% обследованных.

К третьему триместру значительно повышается количество первородящих женщин с умеренным уровнем ситуативной тревожности – 71,4% и с высоким уровнем тревожности – 14,2%, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2% обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка.

У первородящих женщин личностная тревожность, как правило, носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего

напряжения, которое либо присутствовало постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и продолжалось различные промежутки времени.

Пациентки отмечали появление у них язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцировало конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение. Пациентки, желая отвлечься, «сбежать» от своих переживаний, а также от конфликтов, специально выбирали магазин в дальних районах от дома, планировали затяжной маршрут прогулки.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре преобладает умеренный уровень личностной тревожности – 66,6%, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3% обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6% случаев (таблица 3).

Таблица 3

*Уровень личностной тревожности у повторнородящих беременных женщин*

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	5
Умеренный	8	1	2
Низкий	1	5	5

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50%, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3% случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6% обследованных.

В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7%, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6% случаев.

Таблица 4

*Уровень ситуативной тревожности у повторнородящих беременных женщин*

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	4
Умеренный	4	1	1
Низкий	5	5	7

В отношении ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень – 41,6%, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33% случаев, в 25% случаев – высокий уровень.

Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности – 50% обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6% случаев, умеренный уровень тревожности – в 8,3% случаев.

В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3%, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3%, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3% случаев.

У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагоприятно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины. Для большинства женщин тревожно-депрессивные переживания связаны с отношением к себе беременной (65%). Это может отражать неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством являются факторами риска прерывания беременности.

Анализируя влияние стрессогенных факторов на развитие тревожности у беременных женщин, было выявлено, что в первом триместре беременности как один из наиболее значимых стрессогенных факторов беременные женщины выделили изменение самочувствия, утомляемость, усталость.

Во втором триместре беременности среди стрессогенных факторов, связанных с повышением тревожности, можно выделить госпитализацию в больницу, конфликты на работе, страх перед родами. Изменение собственного самочувствия не влияло на развитие личностной тревожности, это связано с тем, что женщина привыкает к своему положению. В третьем триместре беременности происходят существенные изменения. Все стрессогенные факторы положительно связаны с уровнем тревожности. Именно в третьем триместре женщины выделили наиболее значимым для себя стрессогенным фактором тревогу за будущего малыша. А все остальные факторы тем или иным образом могут сказаться на здоровье



будущего ребенка, поэтому и вызывают повышенный уровень тревожности.

Для повторнородящих женщин среди стрессогенных факторов, влияющих на развитие тревоги, были отмечены – болезни старших детей, болезни родителей или мужа. У женщин, перенесших медицинский или самопроизвольный аборт, такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша и госпитализация в больницу занимали ведущее положение на протяжении всей беременности. Общее эмоциональное состояние беременной женщины очень нестабильное, она постоянно думает о предстоящих родах, о своем здоровье и о здоровье будущего малыша, поэтому «плохой сон при беременности», «конфликты с начальством», «госпитализация в больницу», «повышенная усталость, утомляемость», «страх перед родами» – все влечет за собой повышение уровня тревожности.

Высокий уровень тревожности встречался у 67,5% беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Это является нарушением эмоциональной сферы личности, свидетельствует о недостаточной приспособляемости человека к тем или иным социальным ситуациям. Такой уровень тревожности может дезорганизовать любую деятельность, что в свою очередь может привести к пониженной самооценке, неуверенности в себе, это состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует усугублению личностных противоречий. У 73% беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу, т.е. эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Повышенный порог тревожности объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходят глобальные изменения в организме женщины, которые, отличаясь неопределенностью, вызывают тревожное состояние.

*Выводы.* Таким образом, идентификация беременности по уровню тревожности выявила, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, родов и послеродовый период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

#### Список литературы

1. Боровикова Н.В. Психологическая помощь беременным. //Русский медицинский журнал. – 2000. № 3. – с. 10.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология: Питер; СПб.; 2010. –234с.
3. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
4. Селенина Н.Н. Психологические особенности представлений беременных женщин о своем состоянии и будущем родителе / Селина Н.Н. // Семья и личность, Армавир, 2015. –83-87с.
5. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству / Шамилова Н.В. // Проблемы современного педагогического образования, Ялта, 2016. - 226-232с.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. М.: Институт психологии РАН, 2002. 236с.

#### PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF ANXIETY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN

**Saydalihodjaeva Dilnoza Gafurjanovna**, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy; Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

**Key words:** anxiety disorders, depressive disorders, pregnant women.

#### ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОСПИТЫВАЮЩИМ ИХ СЕМЬЯМ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ

**Скупова Татьяна Витальевна**, старший преподаватель кафедры специальной педагогики и специальной психологии, Самарский государственный социально-педагогический университет.

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) на современном этапе является одной из самых актуальных в детской психиатрии, специальной психологии и педагогики. Аутизм – это расстройство развития, проявляющееся качественными нарушениями в сфере коммуникации, социального взаимодействия, а также склонностью к стереотипному поведению. Расстройства аутистического спектра проявляются в детском возрасте и в разной степени сохраняются на протяжении всей последующей жизни человека.

Большинство детей, страдающих аутизмом, имеют снижение интеллекта разной степени выраженности. Примерно 20 % детей демонстрируют уровень интеллектуального развития, соответствующий возрасту.

Известно, что расстройства аутистического спектра представляют собой неоднородную группу. Выделяют несколько траекторий развития, характерных для детей, страдающих аутизмом. Часть детей демонстрируют низкий уровень функционирования уже в раннем возрасте и в дальнейшем достаточно медленно продвигаются в своем развитии. Другая группа характеризуется более высоким стартом и значительной скоростью продвижения. Примерно в 15–20 % случаев развитие протекает по траектории, при которой после периода низкого уровня функционирования наблюдается внезапное быстрое продвижение до высокого уровня (Морозов С.А., 2015).

Аутизм как симптом часто встречается при различных видах психических нарушений – при осложненных формах лобной олигофрении, детского церебрального паралича, при патологии слуха и зрения и др. Синдром аутизма нередко входит в состав сложного дефекта, где играет роль не меньшую, чем другие нарушения, – например, интеллектуальная, речевая, двигательная недостаточность. Именно наличие аутизма в клинической картине приводит к появлению особых трудностей в построении стратегии и тактики коррекционного подхода (Морозова С.С., 2007).

На сегодняшний день причины возникновения РАС окончательно не выявлены, они относятся к полиэтиологическим, и, как правило, предполагаемый фактор возникновения РАС может быть выявлен (а в большинстве случаев так и остается неизвестным) уже после постановки диагноза.

Исследования в данной области идут непрерывно, постоянно выдвигаются те или иные теории, которые не всегда вносят ясность, а иногда, напротив, мешают. И хотя аутистический синдром может встречаться во всех возрастных группах, диагностика данного расстройства в раннем возрасте часто затруднена.

Учитывая, что аутизм часто сочетается с интеллектуальной недостаточностью, нарушениями развития речи, опорно-двигательного аппарата и сенсорных систем, диагностическая задача осложняется: нужно не только выявить аутистическую симптоматику, но попытаться квалифицировать ее.

Для уточнения диагноза необходим комплексный подход и динамичное наблюдение. Диагностика должна быть направлена на выявление не только патологии, но и сильных сторон, положительных свойств, потенциальных возможностей ребенка.

Ранняя диагностика и выявление данного синдрома необходимы для того, чтобы более успешно выстраивать психолого-педагогическую работу до поступления ребенка в школу, так как «центр тяжести» всех проявлений данного рода нарушений падает именно на дошкольный возраст. Своевременно начатая коррекционная работа с таким детьми и удачный опыт попыток интеграции в дошкольном возрасте в коллективе детей позволяет значительно улучшить прогноз дальнейшего психического развития и возможностей социализации детей с РАС.

Конечной целью оказания помощи детям с РАС является повышение качества жизни, что предполагает, в частности:

- повышение уровня самостоятельности;
- возможность устанавливать социальные отношения;
- возможность учиться и работать;
- доступ к активному отдыху и досугу (Хаустов А.В., 2016).

Уже на этапе динамической диагностики должна начинаться работа по привлечению родителей к активному участию в лечебно-коррекционном процессе. Известно, что ребенок с аутизмом в семье самым глубоким образом влияет на все стороны ее жизни, на все ее членов, на характер внутрисемейных отношений.

Нередко семьи детей сталкиваются с тем, что педагоги и психологи дошкольного учреждения, в котором оказался ребенок с РАС, хотя и помогают ребенку и его семье, но не знают, как это сделать.

В других случаях, которые тоже встречаются нередко, наличие диагноза «аутизм» само по себе является препятствием для поступления в какой-либо детский коллектив. Многим семьям, пытавшимся устроить своего ребенка в детское дошкольное учреждение, не удается этого сделать с первого раза: ребенка либо не принимают, либо быстро «выводят», либо сам ребенок резко отрицательно реагирует на посещение детского учреждения. В связи с данными трудностями, особое значение придается организации помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом.

Основными задачами работы с родителями должны являться:

- получение достоверной информации об особенностях и уровне развития ребенка;
- формирование адекватных детско-родительских отношений;
- формирование у родителей навыков работы с ребенком с целью их генерализации в условиях повседневной жизни;
- информационная поддержка по вопросам обучения и воспитания ребенка;
- психологическая поддержка членов семьи ребенка.

Родители должны осознать, что им есть к кому обратиться с неизбежными проблемами в процессе возрастного и социального развития их детей, получить в полном объеме необходимую им профессиональную помощь и поддержку.

## **KEY TASKS IN HELPING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND RAISING THEIR FAMILIES IN THE INITIAL STAGES OF DIAGNOSIS**

**Skupova Tatyana Vitaliyevna**, Senior lecturer of special pedagogy and psychology, Samara State Pedagogical University.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМ**

**Чурбакова О.Ю.**, медицинский психолог

Изучение проблемы расстройства аутистического спектра специалистами разных направлений в связи с ростом распространенности аутистических расстройств во всем мире, трудностями их диагностики, становится все более актуальным.

Клинические рекомендации, определяющие основные правила ведения больных с расстройствами аутистического спектра на последовательных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями медицины, основанной на доказательствах, являются немаловажными. Исследование методов и препаратов, которые имеют убедительные доказательства преимуществ в безопасности, эффективности перед другими, повышает эффективность лечебно-профилактических мероприятий, на данный момент времени является достаточно актуальной задачей для современной медицины.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с пациентом и его семьей является одним из основополагающих принципов курации аутистических расстройств у детей.

*Целями комплексного подхода* являются: уменьшение степени выраженности аутичного поведения, подготовка к поступлению детей в обычные и специализированные детские дошкольные учреждения, а также подготовка к организованному школьному обучению по массовой и вспомогательной программам.

*Задачами терапии* являются:

- выявление нейропсихологических и социальных проблем у ребенка;
- формирование терапевтического альянса для создания обстановки сотрудничества;
- снятие психоэмоционального напряжения при проведении медицинских манипуляций;
- развитие внимания, памяти, воображения, общей и тонкой моторики, выявление и развитие творческих способностей детей, развитие речи и коммуникативных навыков. Построение на их основе программы социально-бытовой адаптации, а также систематическая работа с родителями, обучение их эффективному лечебно-педагогическому поведению в домашних условиях.

*Материально-техническое обеспечение метода*

Для осуществления комплексных занятий должно быть предусмотрено помещение, отвечающее санитарно-гигиеническим требованиям, аппарат «Реамед полярис», ватные диски, дистиллированная вода; планшет с песком (кварцевый, гранулированный, кинестетический), массажер эспандер для кисти руки, эллиптический ортопедический эспандер с отверстием, а также другие материалы (карандаши, пластилин, бумага и т.д.), необходимые для развития нейропсихических процессов.

*Описание метода*

Комплексные занятия проводились как в амбулаторных, так и в полустационарных, стационарных условиях на базе ОГБУЗ «Тамбовской психиатрической больницы» детского отделения (2016 год).

Модуль включал 10 сеансов. Частота занятий – 1 раз в день. Продолжительность каждого сеанса 30 минут. Процедура проведения сеанса представляла собой одновременное воздействие токами малых величин (метод «транскраниальная микрополяризация головного мозга»), наложение электродов производилась индивидуально в зависимости от очага патологии и возраста ребенка, а также проведение психокоррекционной программы в основе которой использовались нейрофизиологический подход и метод песочной терапии с элементами нейрогимнастики и нейрокоррекции.

На базе ОГБУЗ «Тамбовской психиатрической больницы» детского отделения, было проведено экспериментальное исследование (2016 год), в котором участвовали 3 экспериментальные группы:

1 группа: дети, находящиеся на стационарном лечении в детском отделении, принимающие медикаментозное лечение и прошедшие 10 коррекционных занятий, включая песочную терапию, проводимые медицинским психологом (30 человек);

2 группа: дети, не принимающие медикаментозное лечение, но прошедшие 10 сеансов микрополяризации совместно с коррекционными занятиями и песочной терапией (30 человек); возраст детей в обеих группах составил (от 4 до 14 лет);

3 группа: дети поступившие на второй курс микрополяризации, в промежутке принимающие медикаментозное лечение, а именно терапию ноотропами (кортексин, глеатилин), и также прошедшие ряд коррекционных занятий совместно с песочной терапией. Всего в эмпирическом исследовании приняло участие 60 детей, с расстройством аутистического спектра в рамках следующих диагнозов:

- у 10 детей – умственной отсталости;
- 25 – задержки психо-речевого развития;
- 3 – эпилепсия;
- 15 – органическое поражение головного мозга;
- 6 – детский процессуальный аутизм;
- 1 – аутизм в рамках хромосомных нарушений (с-м Дауна и др.).

Комплексные занятия проводились как в амбулаторных, так и в полустационарных, стационарных условиях. Модуль включает 10 сеансов. Частота занятий – 1 раз в день. Продолжительность каждого сеанса 30 минут. Наложение электродов производилась индивидуально в зависимости от очага патологии и возраста ребенка. При разработке программы за основу был взят нейрофизиологический подход и метод песочной терапии с элементами нейрогимнастики и нейрокоррекции.

*Структура занятия предусматривает три основные части.*

Первые 5 занятий осуществляются по методике песочной терапии, что способствует оказанию седативного эффекта на ребенка, тем самым делая данную процедуру (микрополяризации) более приятной, а также позволяет ребенку быстрее адаптироваться к новой обстановке помещения, что так необходимо для детей с расстройствами аутистического спектра.

Подготовительный этап включает в себя, прежде всего, «установление контакта» с песком. В затемненном помещении под успокаивающую музыку ребенок, закрывая глаза, опускает руки на стеклянный планшет с песком. В этот

момент можно предложить ребятам представить себе море, пляж, постараться услышать шум прибоя. Такая своеобразная медитация помогает ребятам снять напряжение, расслабиться, успокоиться, настроиться на плодотворную работу.

Комплексное изучение динамики развития нейропсихических функций проводилось с использованием методов нейропсихологического обследования на базе батареи А.Р. Лурии, направленных на оценку состояния различных компонентов высших психических функций трех блоков мозга:

I блок – блок регуляции тонуса и бодрствования (Лурия, 1978).

II блок – включал блок высших психических функций, в частности сенсорно-перцептивные процессы, эмоциональные особенности, память, мыслительные операции и др. (блок получения, переработки, хранения информации – А. Р. Лурия).

III блок – программирования, контроля и регуляции деятельности (А.Р. Лурия), а также особое внимание в этом блоке уделялось речи, как ведущей функции формирования психики ребенка. Этот блок использовался также и при оценке изменений у детей с грубым отставанием в развитии и касался бытовых, гигиенических навыков (самообслуживания).

У каждого ребенка после каждого курса лечения по каждому из 4 пунктов в блоке ставится знак «+», если в протоколе специалистов и родителей отмечено положительное изменение. Если все остается без перемен, соответствующая клеточка в таблице остается пустой. Затем определяется частота возникновения позитивных психологических изменений по данному пункту как отношение суммы этих плюсов к количеству детей в группе. Она, естественно, не превышает 1. Затем данные частоты по 4 пунктам суммируются в пределах своего блока, и в этом случае сумма может быть больше 1.

Экспериментальные замеры производились до начала курса лечения, на пятом занятии и по окончании курса. Проведя анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку можно говорить о наличии положительных эффектов по всем блокам, особенно высокие показатели у 3-й группы куда вошли пациенты поступившие на 2-ой курс комплексного лечения, здесь показатели имеют отличия уже в самом начале повторного курса. Особенно сильно отличаются эмпирические данные в I блоке – блок регуляции тонуса и бодрствования (Лурия, 1978), мотивационно-энергетический компонент деятельности (Домишкевич, 2002). Здесь отмечалось нарастание общей психомоторной активности: удлинение периода двигательной активности ребенка, освоение новых двигательных видов деятельности (игра в мяч, езда на велосипеде), повышение координации движений, мелкой моторики (появление способности и желания рисовать); в ориентировочно-исследовательском компоненте деятельности: отмечалось появление и рост желания рассматривать, трогать новые объекты (бытовые и учебные); при грубом отставании – появление указательного жеста; активировался и познавательный интерес: появление или рост числа вопросов «кто?», «что?», «зачем?», «почему?» и т. п.; работоспособность, продуктивность деятельности: увеличение числа правильно выполненных дидактических или игровых заданий, удлинение продолжительности эффективного (без отвлечений) обучающего процесса, в том числе за счет повышения усидчивости, концентрации внимания. II блок включал высшие психические функции, в частности сенсорно-перцептивные процессы, эмоциональные особенности, память, мыслительные операции и др. (блок получения, переработки, хранения информации – А. Р. Лурия): в сенсорно-перцептивной сфере: переход от хаотичных, силовых проб к примериванию, зрительному соотношению; уменьшение числа ошибок при дифференцировании цвета, формы и размера предметов; в эмоциональной сфере: оживление мимики, улучшение идентификации эмоционального состояния других людей (в том числе на картинках, в мультфильмах), повышение настроения, преобладание положительно окрашенных эмоций при снижении раздражительности, агрессивности, эмоциональной лабильности; в мнестической сфере: повышение объема запоминания зрительного и слухового материала, воспроизведение материала более раннего периода обучения; в мыслительной сфере: повышение качества и количества выполненных тестов на мыслительные операции, а также повышение качества обоснования произведенных действий. III блок программирования, контроля и регуляции деятельности (А.Р. Лурия). В данном блоке оценивались следующие параметры: появление или нарастание эффективности волевых усилий уменьшение стереотипий в поведении; проявление инициативности при выполнении деятельности; снижение капризов, агрессии, неуправляемости поведения; изменения характера игр: появление, усложнение сюжета или переход от бесцельных манипуляций к рассмотрению игрушек, также наиболее высокие показатели во 2-ой и 3-й группах, здесь отмечалось появление понимания речи (в случаях раннего детского аутизма) или рост понимания более сложных лексико-грамматических конструкций у детей с нарушениями речи; рост активного и пассивного словаря, в случаях грубого отставания – появление интонационно оформленных вокализаций, слогов; рост речевого сопровождения действий во время игры или занятия

Однако на фоне положительных эффектов отмечаются и негативные (побочные). Здесь наиболее выраженные показатели у 2-ой и 3-й группы, по таким шкалам, как речевое возбуждение, двигательное возбуждение и эмоциональная лабильность. Пик этой активности достигается к 5–8 сеансу и имеет тенденцию к снижению и последующему исчезновению.

Проведен анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку. Можно говорить об эффективности проводимой комплексной методики включающей в себя транскраниальную стимуляцию, медикаментозное лечение и психокоррекционные занятия одновременно. Также бригадный метод работы позволяет затронуть все существующие аспекты данной проблематики, достигнув более высоких результатов.

## **EFFICIENCY OF THE COMPLEX APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH AUTISTIS SPECTRUM DISORDERS**

**Churbakova O.Y.**, medical psychologist

## МЕСТО ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Шишков Валерий Витальевич**, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, к.м.н., врач психотерапевт Консультативно-диагностического центра Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

### **Аннотация:**

Роль гипносуггестивной терапии в лечении психосоматических расстройств представляется приоритетной. Наряду с симптом-центрированным действием (влиянием на функцию органа или системы), имеется возможность поднять порог устойчивости пациента к стрессу, сделать его внутренне спокойным, невосприимчивым к целому ряду неблагоприятных психогенных факторов, добившись дезактуализации стрессогенной.

### **Ключевые слова:**

Гипносуггестивная терапия, гипноз, методы психической саморегуляции, аутогенная тренировка, поведенческая психотерапия, сеансы психорегуляции, психосоматические расстройства, функция органа и системы, порог устойчивости к стрессу, дезактуализация стрессогенной.

В настоящее время ведущим является мнение, что любое психосоматическое заболевание возникает при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов. F.Deutsch (1954) [3] причину психосоматических расстройств видел в возникновении в раннем детстве расстройств физиологических функций отдельных органов и систем в ответ на различные стрессы, что и определяло специфичность поражения. По мнению H.G. Wolff (1947) [3], специфичность не в анатомической локализации, а в способе функционального ответа на ту или иную конкретную ситуацию; повышенная чувствительность того или иного органа или системы организма может проявиться только в специфичной ситуации, то есть затрагивающей locus minoris resistentia данного индивида в данный момент жизни. J.L. Halliday (1948) [3] увязывал конфликты раннего детства, возникающие в частности во время приучения к навыкам опрятности, с последующими расстройствами в более зрелом возрасте (поносами, запорами и т. д.). Не являясь приверженцами психоанализа, мы подтвердили эти данные, по крайней мере, применительно к некоторым формам недержания мочи и кала [6]. Стресс, ранее понимавшийся как индивидуально избирательное воздействие (H. Selye, 1953), теперь рассматривается как психосоциальное воздействие в широком смысле. W.Brautigam, P.Cristian [16] советуют внести очень существенные коррективы в теорию H.Selye, чтобы применить ее для объяснения патогенеза психосоматических болезней, в частности психосоматические расстройства могут являться следствием реакции организма на незначительные (по мнению подавляющего большинства экспертов) жизненные ситуации и трудности, но, опять же, затрагивающие locus minoris resistentia данной личности в данный момент. Б.Д. Карвасарский [4], говоря о тенденции к интеграции психотерапии в соматической медицине, отмечает, что психотерапия должна быть направлена на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в патогенезе заболевания психического стресса, либо развитие в связи с этим стрессом невротических «наслоений», тем самым уменьшая клинические проявления заболевания, достигая повышения социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, повышая эффективность лечебных воздействий биологического характера. С помощью психотерапии можно воздействовать не только на психопатологические нарушения – страх, астению, депрессию, ипохондрию, но и на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства тех или иных систем организма. Также подчеркивается то, что при включении психотерапии в систему комплексного лечения больных необходимо правильно сочетать личностно-ориентированные и симптом-центрированные методы, хотя такое деление нам представляется достаточно условным. Выбор конкретных психотерапевтических техник необходимо [4] определять с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов психосоматического расстройства и его специфики на разных этапах лечения. А. Meneghetti [17] полагает, что нельзя вылечить практически никакую болезнь, не понимая ее этиологии и не учитывая психологического фактора. Он же считает, что первые признаки болезни субъекта проявляются либо в характере, либо в соматизации уже в возрасте до шести-семи лет. С.А. Парцернак [8], говоря о «психовегетативных дисфункциях» считает, что современная психотерапия не может и не должна стоять вне клиники внутренних болезней. Психотерапевт должен быть, прежде всего, грамотным клиницистом, что обусловлено тем, что без умения правильно поставить диагноз нельзя четко и правильно определить показания и противопоказания к психотерапии, предвидеть возможные осложнения и выбрать метод психотерапии, наиболее полно соответствующий комплексному лечению данного конкретного заболевания. В.Д. Тополянский, М.В. Струковская [11] в своей монографии приводят данные А.А. Токарского (1889), что даже при суггестивной терапии отдельные «частные внушения» по поводу того или иного симптома делаются только на фоне «общей формулы», выведенной из положения о ведущей роли аффективных нарушений в страдании данного пациента. Отдавая предпочтение рациональной психотерапии, применяемой с целью переоценки ценностей пациента, применительно к данной ситуации, своему заболеванию, состоянию, компенсаторным возможностям; считая, что рациональная психотерапия может быть эффективна только в определенной «суггестивной» атмосфере [10] авторы все же говорят о несколько преувеличенной роли гипносуггестивной терапии в лечении психосоматических расстройств. Имея большой положительный опыт в использовании этого метода, мы [6,7, 12,13,14,15] считаем, что на современном этапе развития специальности, наоборот, роль гипносуггестивной терапии скорее приуменьшается.

Главным критерием отнесения того или иного заболевания к психосоматическим, на наш взгляд, будет не наличие психогении и (или) соматопсихических наслоений [1,13,14,15,18], а выраженное несоответствие между данными объективного обследования больного и предъявляемыми им жалобами. Многочисленные обследования находят какие-то

изменения со стороны внутренних органов и систем организма, но они, как правило, являются незначительными, тогда как жалобы пациента часто носят выраженный характер. Исходя из этого принципа, к психосоматическим расстройствам у детей и подростков вполне можно отнести и нарушения сна, и энурез, и энкопрез, и обстипационный синдром, причем независимо от того протекают они в рамках неврозов или неврозоподобных состояний.

Предложим еще одну концепцию: психосоматические болезни – это заболевания, при которых в первую очередь показана психотерапия, причем, в большей степени те ее методы, которые непосредственно влияют на ту или иную функцию организма.

Кабинет психотерапии в Консультативно-диагностическом Центре Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии существует с 1977 года, за эти годы, и в частности, с 1990 года, когда я начал там работать, через этот кабинет прошли десятки тысяч детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. Это стало возможным благодаря тесному взаимодействию специалистов нашего кабинета с рядом кафедр и клиник Педиатрической академии (детской хирургии, кожных болезней, педиатрии и др.). Однако как в начальный период сотрудничества, так и сейчас, поводом для направления к психотерапевту чаще служат сопутствующие основной патологии те или иные поведенческие расстройства или ярко выраженный психогенный компонент заболевания (этиологический или клинический). Так, например, детский гинеколог и гастроэнтеролог, имеющие, как правило, весьма смутное представление о возможностях психотерапии, направляют к психотерапевту соответственно, жертв изнасилования, девочек с диссоциальным расстройством личности, «юных беременных», испытывающих сильный страх перед родами, девочек с сопутствующими неврозами, детской мастурбацией; пациентов с психогенными рвотами, девочек-подростков, сознательно отказывающихся от еды с целью похудения (нервной анорексией); подростков жалующихся на боли в животе или (и) с обстипационными и констипационными расстройствами, в случаях когда, во-первых, многократные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включая инвазивные, не выявили никаких изменений, а во-вторых, поведение таких детей или подростков носит ярко выраженный демонстративный оттенок. Такой сохраняющийся стереотип мышления у врачей-интернистов в совокупности с предрассудками родителей и страхами самих детей перед психотерапевтом, не говоря уж о психиатре [2,3,6,7,12,13,14,15], оставляет без психотерапевтической помощи большинство пациентов из числа тех, у кого расстройства той или иной функции организма являются доминирующими в клинической картине заболевания, и кому психотерапия, центрированная на эту функцию, может помочь.

Свидетельством тому может служить тот факт, что за период с 1990 года в нашем кабинете прошли полный курс специальной психотерапии с хорошими результатами сотни детей и подростков с энурезом и другими видами недержания мочи, с нейро-циркуляторной дистонией и множественным психосоматическим расстройством; десятки пациентов с нарушением сна, энкопрезом, нейродермитом, болями в животе различного генеза, исключая острую хирургическую патологию, с синдромом раздраженного кишечника, обстипационным и констипационным синдромом, приступами гипервентиляции, обмороками, бронхиальной астмой, ожирением, альгодисменореей и др.

Мы ни в коей мере не отрицаем необходимости психологической помощи таким пациентам, она может быть осуществлена как клиническим психологом, так и психотерапевтом. Особенно это представляется важным с точки зрения соматопсихических взаимоотношений, для правильного формирования отношения личности к болезни. Но все же, эта задача, направленная на развитие и укрепление механизмов компенсации или гиперкомпенсации, на наш взгляд, должна быть первоочередной только в случаях абсолютно неизлечимых, инвалидизирующих заболеваний. На основе анализа страхов и отношения к болезни подростков, страдающих тяжелыми формами бронхиальной астмы, мы пришли к выводу, что такой подход всегда вызывает у подростков негативизм, т. к. первоочередным их желанием является избавление от приступов, а не приспособление к ним. Поэтому все же главная задача комплексного лечения психосоматических заболеваний – нормализовать нарушенную функцию, к примеру, нормализовать артериальное давление при гипертонии, снизить частоту и силу приступов у больного бронхиальной астмой, уменьшить зуд и количество высыпаний при нейродермите, нормализовать регулярный и безболезненный менструальный цикл при альгодисменорее. Для этого психотерапия, оказывающая влияние не только на личность пациента в целом, делающая его спокойным и уверенным в себе, но и действующая на конкретный симптом, на функцию того или иного органа, незаменима. Среди психотерапевтических техник, оказывающих влияние в первую очередь на функцию того или иного органа, одно из первых мест принадлежит гипносуггестивной психотерапии и методам психической саморегуляции (самовнушение, аутогенная тренировка, гетеротренинг, релаксационные техники и др.). Никто не подвергает сомнению способность психотерапии воздействовать на сосудистый тонус, стоит человеку внушить, что ему холодно, как кожа его побледнеет, сосуды спазмируются, если внушить сильное тепло, например, баню или пляж, то наоборот, кожа покраснеет, сосуды расширятся; причем, такую реакцию пациента мы сможем увидеть, даже если пациент не входит в глубокое гипнотическое состояние – сомнамбулизм. Овладев же в полной мере аутогенной тренировкой [9] человек способен самостоятельно изменять свой сосудистый тонус, понижая или повышая при этом артериальное давление, изменять на длительное время частоту и глубину дыхания. Сеансы (гипносуггестии или саморегуляции) при различных патологиях стоит завершать четкими формулировками. К примеру, при бронхиальной астме «всегда и везде дышу легко и свободно...», при нейродермите «кожа становится чистой, высыпания и зуд исчезают», и т. п. Эти методы, как и отдельные приемы бихевиотерапии, включающие в себя различные дыхательные упражнения, именно за счет особого построения формул внушения во время сеансов гипносуггестии, за счет релаксации, будут преимущественно влиять на функцию. Оптимальным нам представляется построение таких сеансов более развернуто, чтобы они были не только центрированы на ту или иную функцию, а направлены более широко на пациента. Тогда можно говорить о том, что даже при незначительных успехах в лечении расстройства той или иной функции, психотерапия будет оказывать влияние как на психогенную составляющую этиопатогенеза заболевания, так и на соматопсихический компонент заболевания.

Хотя многие методы психотерапии и сочетаются друг с другом, все же, как правило, мы используем принцип этапности при лечении психосоматических расстройств у детей и подростков или принцип постепенного включения психотерапевтических методик. Причем, соблюдая тот или иной принцип очередности психотерапии, мы помимо патогенетических механизмов, учитываем и настрой самого пациента или его родителей на тот или иной метод психотерапии. Исходя из этого рациональная и семейная психотерапия применяются нами всегда, другое дело, что большинство больных как общими, так и системными (в понимании В.Н. Мясищева) неврозами, прекрасно понимают этиопатогенез своих расстройств, а большинство родителей крайне неохотно, а то и вообще не соглашаются на сотрудничество с психотерапевтом, требуя «заниматься только проблемами ребенка». Психотерапевт обязан попытаться изменить данную точку зрения, используя различные техники, включая НЛП. Во многих случаях, и в этом мы согласны с L.J. Sigel (1983) [3], методики поведенческой терапии, направленные на исправление болезненных вегетативных и висцеральных реакций посредством выработки условно-рефлекторных механизмов, приводят к быстрому улучшению даже при самых серьезных отклонениях. Опять же, перед тем как рекомендовать пациенту ту или иную методику поведенческой психотерапии, надо разъяснить ему смысл ее применения, конечную цель, примерный механизм ее действия; этот инструктаж может проводиться в рамках рациональной психотерапии. Поскольку эти методы органично сочетаются практически со всеми другими методами и методиками, то мы продолжаем их применять во время психотерапевтических сеансов и занятий, как индивидуально, так и в группе.

Выбор основного метода психотерапевтического воздействия будет зависеть от ряда факторов: степени тяжести расстройства функции, наличия или отсутствия возможности функциональной компенсации за счет усиления влияния коры головного мозга, давности заболевания, эго-синтонности или эго-дистонности болезни, возраста пациента, уровня его интеллекта и внимания, настроения самого пациента и (или) его родителей на тот или иной метод лечения и т. п. Так для дошкольников, как правило, базовым методом будет игровая психотерапия, проводимая как индивидуально, так и в группе, а также в рамках семейной психотерапии.

Но все же, по нашему мнению [6,12,13,14,15], если позволяют обстоятельства, основным (но не единственным) методом лечения психосоматических расстройств у детей старше 9 лет и подростков должна быть гипносуггестивная психотерапия, центрированная на восстановление нарушенной функции органа или системы. Хотя данный метод описан во всех руководствах, все же его обычно относят к поверхностным, симптом-центрированным. На наш взгляд, это не так. Во-первых, сам гипноз обладает не только психологическим, но и биологическим действием, способным в ответ на его применение вызвать в организме положительные изменения, то есть, как бы поднять порог устойчивости пациента к стрессу, сделать его не только внешне, но и внутренне спокойным, невосприимчивым к целому ряду неблагоприятных психогенных факторов. Во-вторых, гипносуггестивная терапия, проводимая опытным психотерапевтом – обязательно врачом, имеющим глубокие знания в целом, органично впитывает в себя и сочетается со всеми другими методами психотерапии и не только психотерапии. Помимо упоминавшихся рациональной и поведенческой психотерапии, используется также гипноанализ и гипнокатарсис. Несомненными преимуществами гипносуггестивной терапии будут: возможность симптом-центрированного воздействия, что, как правило, отвечает запросу пациента и (или) его родителей; возможность поднять порог устойчивости пациента к стрессу, сделать его не столько внешне, сколько внутренне спокойным, невосприимчивым к целому ряду неблагоприятных психогенных факторов, добившись таким образом дезактуализации вызывающих стресс переживаний; сочетаемость со всеми другими методами психотерапии, прежде всего рациональной и поведенческой! (см. сеансы психорегуляции [15]); возможность проведения гипноанализа, гипнокатарсиса, возрастной регрессии, возрастной прогрессии; сочетаемость с другими видами терапии, фармакотерапией; возможность (при необходимости) на фоне достижения хороших результатов мотивировать пациента и его родителей на семейную терапию с целью достижения стойкого результата; абсолютная безопасность для здоровых людей, для пациентов неврозами (как общими, так и системными), пациентов с психосоматическими расстройствами; возможность (в процессе очных сеансов) обучения детей и подростков методам психической саморегуляции, в частности, аутогенной тренировке, самостоятельное усвоение которой вызывает затруднения даже у взрослых.

Сеансы могут проводиться как индивидуально, что позволяет в максимальной степени персонифицировать формулы внушения с учётом всех нюансов патологии, так и в группах, комплектование которых должно быть подчинено определённым правилам, учитывающим, в частности, возрастные и гендерные различия: с учётом доминирующего симптома (моносимптомные группы предпочтительнее); с учётом возраста (равновозрастные группы предпочтительнее); адаптацию формулировок внушения по возрасту; обязательное разделение по полу при лечении пациентов с энурезом и другими видами недержания мочи, поллакиурией, энкопрезом, СРК; желательное разделение по полу при лечении пациентов с кожными проблемами и расстройствами пищевого поведения; предпочтительное объединение мальчиков и девочек при лечении заикания и социальных фобических расстройств.

Чтобы исключить вероятность рецидивирования психосоматического расстройства, после достижения функциональной компенсации или улучшения, следует применять глубинные методы: групповую (личностно-ориентированную) или игровую психотерапию, желательно с привлечением семьи, в ходе проведения которой используются различные игры, постановки, тренинги общения и личностного роста.

#### Список литературы

1. Заболевания вегетативной нервной системы // Под ред. А. М. Вейн. М.: Медицина, 1991. – 624 с.
2. Исаев Д. Н. « Психосоматические расстройства у детей» СПб.: Изд. «Питер», 2000г. – 512с.
3. Исаев Д. Н. «Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте» Лекции, Изд. ППМИ. СПб. 1994г., 80 с.

4. Карвасарский Б. Д. «Психотерапия» М.: Медицина, 1985. – 304с.
5. Ковалев В. В. «Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное.» – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
6. Нахимовский А. И., Шишков В. В. «Практическая психотерапия детей и подростков» СПб, Речь, 2003г. – 384с.
7. Нахимовский А. И., Шишков В. В. «Практическая психотерапия» СПб, Изд. «Питер», 2001г., – 512с.
8. Парцерняк С. А. «Стресс. Вегетозы. Психосоматика.» СПб, А. В. К. , 2002, – 384с.
9. Ромен А. С. «Аутогенная тренировка» - Алма-Ата, 1970
10. Слободяник А. П. «Психотерапия, внушение, гипноз». - Киев, 1977
11. Тополянский В. Д., Струковская М. В. «Психосоматические расстройства» М.: Медицина, 1986. – 384 с.
12. Шишков В. В., Нахимовский А. И. «Выше стресса! Практическое руководство по саморегуляции» СПб, ИГ «Весь», 2005, - 192 с.
13. Шишков В.В. «Практикум по психосоматике» СПб, Речь, 2007,-168 с.
14. Шишков В.В. «Место психотерапии в комплексном лечении детей и подростков с психосоматическими расстройствами с позиций интегративной медицины» СПб, «Профилактическая и клиническая медицина» №2 том II (39) 2011
15. Шишков В.В. «Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога». СПб, ИТД «СКИФИЯ», 2013, - 496с.
16. Broutigam W., Christian P. Psychosomatische Medizin. Stuttgart, 1986
17. Meneghetti A. (Менегетти А.) «Психосоматика». – пер. с итал. - М., 2004
18. Starc T., Blum R. Psychosomatic illness in childhood & adolescence //Clin. Pediatr. – 1986, Vol. 25, № 11. – p. 549-554

## PLACE OF HYPNOSUGGESTIVE PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

**Shishkov Valery V.**, Associate Professor of Psychiatry and Addiction of Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, MD, PhD, psychotherapist.

**Summary:** Hypnosuggestive therapy in the treatment of psychosomatic disorders is a priority. Along with symptom-centered action (influence on the function of an organ or system), it is possible to raise the threshold of the patient's resistance to stress, insensitive to a variety of adverse psychogenic factors.

**Keywords:** Hypnosuggestive therapy, hypnosis, methods of psychic self-regulation, autogenous training, behavioral therapy, sessions psychoregulation, psychosomatic disorders, organ and system function, the threshold resistance to stress, stressful dezaktualization

### References

1. Zabolovaniia vegetativnoi nervnoi sistemy [Diseases of the autonomic nervous system] Pod red. A. M. Vein. M.: Meditsina, 1991. 624 s.
2. Isaev D. N. Psikhosomaticheskie rasstroistva u detei [Psychosomatic disorders in children] SPb.: Izd. Piter, 2000g., 512s.
3. Isaev D. N. Psikhologicheskii stress i psikhosomaticheskie rasstroistva v detskom vozraste [Psychological stress and psychosomatic disorders in childhood] Lektsii, Izd. PPMI. SPb. 1994g., 80 s.
4. Karvasarskii B. D. Psikhoterapiia [Psychotherapy] M.: Meditsina, 1985. 304s.
5. Kovalev V. V. Psikhiatriia detskogo vozrasta: Rukovodstvo dlia vrachei: izd. 2-e, pererabotannoe i dopolnennoe. [Psychiatry of Childhood: A Guide for Physicians: Vol. 2nd, revised and enlarged.] M.: Meditsina, 1995. 560 s.
6. Nakhimovskii A. I., Shishkov V. V. Prakticheskaia psikhoterapiia detei i podrostkov [Practical Psychotherapy of children and adolescents] SPb, Rech', 2003g. 384s.
7. Nakhimovskii A. I., Shishkov V. V. Prakticheskaia psikhoterapiia [Practical psychotherapy] SPb, Izd. Piter, 2001g., 512s.
8. Partserniak S. A. Stress. Vegetozy. Psikhosomatika. [Stress. Vegetozy. Psychosomatics] SPb, A. V. K. , 2002, 384s.
9. Romen A. S. Autogennaia trenirovka [Autotraining] - Alma-Ata, 1970
10. Slobodianik A. P. Psikhoterapiia, vnushenie, gipnoz. [Psychotherapy, suggestion, hypnosis] - Kiev, 1977
11. Topolianskii V. D., Strukovskaia M. V. Psikhosomaticheskie rasstroistva [Psychosomatic disorders] M.: Meditsina, 1986. 384 s.
12. Shishkov V. V., Nakhimovskii A. I. Vyshe stressa! Prakticheskoe rukovodstvo po samoregulatsii [Higher stress! A practical guide to self-regulation] SPb, IG Ves', 2005, - 192 s.
13. Shishkov V.V. Praktikum po psikhosomatike [Workshop on Psychosomatics] SPb, Rech', 2007,-168 s.
14. Shishkov V.V. Mesto psikhoterapii v kompleksnom lechenii detei i podrostkov s psikhosomaticheskimi rasstroistvami s pozitsii integrativnoi meditsiny [Place therapy in complex treatment of children and adolescents with psychosomatic disorders from the standpoint of Integrative Medicine] SPb, Profilakticheskaiia i klinicheskaiia meditsina [Preventive and Clinical Medicine] №2 tom II (39) 2011
15. Shishkov V.V. Psikhoterapiia funktsional'nykh rasstroistv. Karmannyi spravochnik vracha i psikhologa. [Psychotherapy functional disorders. Pocket Guide to the doctor and psychologist] SPb, ITD SKIFIIa, 2013, - 496s.
16. Broutigam W., Christian P. Psychosomatische Medizin. Stuttgart, 1986
17. Meneghetti A. (Менегетти А.) Psikhosomatika. [Psychosomatics] per. s ital. - М., 2004
18. Starc T., Blum R. Psychosomatic illness in childhood & adolescence Clin. Pediatr. 1986, Vol. 25, № 11. p. 549-



## Т Е З И С Ы

### **АКЦЕНТ НА КОНСТРУКТИВНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ АКТИВНОСТИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ, КАК НЕОБХОДИМЫЙ ШАГ К ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ БЛИЗКИХ БОЛЬНОГО**

**Аверин Вячеслав Афанасьевич**, waverin@yandex.ru – декан факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

**Бочаров Виктор Викторович**, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

**Шишкова Александра Михайловна**, shishaspb@mail.ru – старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.

### **EMPHASIS ON CONSTRUCTIVE PERSONAL ACTIVITY OF DRUG ADDICT'S RELATIVES, AS A NECESSARY STEP TO THEIR DESTIGMATIZATION**

**Averin Vyacheslav A.**, Dean of Department of Clinical Psychology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University.

**Bocharov Viktor V.**, Head of laboratory of clinical psychology and psychodiagnostics, Bekhterev Research Psychoneurological Institute, St. Petersburg.

**Shishkova Alexandra M.**, Senior Researcher of laboratory of clinical psychology and psychodiagnostics, Bekhterev Research Psychoneurological Institute, St. Petersburg.

В настоящее время, в отечественной наркологии и клинической психологии за родственниками аддиктивных больных стойко закрепилось клеймо «созависимый».

Концепция «созависимости» основывается на теоретических конструктах, предполагающих наличие личностной дисфункциональности у родственников аддиктивных больных, которая и обозначается термином «созависимость».

Как показывает анализ литературных данных, термин «созависимость» часто объединяет слишком противоречивые феномены. Это связано с примитивизацией психологии близких больного, характерной для концепции «созависимости», рассматривающей полиморфные явления психической жизни родственников исключительно с позиции их болезненной причастности к центральному патологическому процессу – аддиктивной патологии. Прицельное рассмотрение современного состояния концепции «созависимости» (Бочаров, Шишкова, 2015) выявило ряд оснований, обуславливающих несостоятельность использования данного конструкта в качестве теоретического базиса при разработке специализированных мероприятий для родственников аддиктивных больных.

Существующая в настоящий момент модель взаимодействия родственника больного и специалиста, использующая в качестве теоретического основания концепцию «созависимости», как правило, предполагает слепое подчинение действиям врача и блокаду автономной активности близких больного с химической аддикцией, которая воспринимается врачом, психологом или социальным работником как заведомо деструктивная и патологизирующая терапевтический процесс.

В то же время исследования семей хронически больных говорят о том, что родственники не являются пассивными реципиентами мнения экспертов (Coffey, 2006; Jerrett, 1994). Естественной реакцией близких больного является «накопление опыта и принятие управления», им свойственно привносить элемент личного опыта, комбинируя его с научной информацией в процессе принятия решений при осуществлении *деятельности, направленной на преодоление болезни близкого* (Coffey, 2006). Однако, в условиях современной наркологической парадигмы такая *конструктивная активность* родственников часто воспринимается специалистами как неадекватная, бестактная и нелогичная.

Тенденции систематического игнорирования конструктивной личностной активности родственников аддиктивных больных и явно стигматизирующий характер существующей модели взаимодействия часто приводит к созданию контрпродуктивных методов работы с родственниками, провоцирующих выраженное сопротивление и отказ от взаимодействия близких больного со специалистами.

### **ОЖИДАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПАТТЕРНОВ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ "ЭФФЕКТИВНОГО" И "НЕЭФФЕКТИВНОГО" ТЕРАПЕВТА У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ\***

**Агарков В.А.**, agargor@yandex.ru – Институт психологии РАН, Москва, Россия.

**Бронфман С.А.**, chernenko@mtu-net.ru – 1-й МГМУ им. И. М. Сеченова Москва, Россия.

**Мальцева Д.Ю.**, dasha100793@mail.ru – Факультет последипломного образования (ФДПО) МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия.

### **EXPECTATIONS CONCERNING PATTERNS OF INTERPERSONAL COMMUNICATION**

### **OF "EFFICIENT" AND "NON-EFFICIENT" THERAPIST AMONG REPRESENTATIVES OF DANGEROUS OCCUPATIONS \***

**Agarkov V.A., Bronfman S.A., Maltseva D.Y.**

*Введение.* Профессия полицейского относится к так называемой группе опасных профессий, для которых исполнение служебных обязанностей сотрудниками связано с повышенной вероятностью психической травматизации. Последствия психической травмы проявляются в виде симптомов острого стрессового расстройства, симптомов посттравматического

стрессового расстройства. Поэтому разработка эмпирически обоснованных методов психологической помощи и реабилитационных мероприятий для сотрудников полиции является актуальной проблемой медицинской психологии и медицины [Коханов, Краснов, 2008]. Исследователи давно уделяют внимание вкладу факторов, связанных с личностью терапевта в эффективность психотерапии [Пуговкина и др., 2009].

*Материалы и методы.* В данном исследовании принимали участие сотрудники одного из подразделений МВД России. Исследованием было охвачено 100 сотрудников в возрасте от 19 до 35 лет; 55 мужчин и 45 женщин. В исследовании использовалась следующая батарея методик: Интерперсональная диагностика индивидуального стиля межличностного поведения (Т. Лири) в адаптации Л.Н. Собчик (ДМО); Опросник психотерапевтических ожиданий и психотерапевтического опыта (РЕХ-Р1); Пятифакторный тест-опросник (NEO-FFI). Тест ДМО был направлен на оценку представлений испытуемых о профиле паттернов межличностного взаимодействия у "эффективного" и "неэффективного" терапевта. Корреляционный анализ показал статистически и теоретически значимые корреляции между чертами личности и параметрами РЕХ-Р1 и ДМО. Значимые отличия были получены по профилям защитных тенденций и «эффективный – неэффективный» психотерапевт. Важным параметром является абсолютная величина разности в показателях по октантам ДМО в профилях "хорошего" и плохого терапевта". Чем меньше значение этой величины, тем более значим данный паттерн интерперсонального общения для установления и поддержания терапевтического альянса.

\* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект "Образ психотерапевта и представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи как факторы социально-медицинской адаптации", № 15-06-10923

### **ОЖИДАНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ, ТРЕВОЖНЫМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ \***

**Агарков В.А.**, agargor@yandex.ru – Институт психологии РАН, Москва, Россия.

**Бронфман С.А.**, chernenko@mtu-net.ru – 1-й МГМУ им. И. М. Сеченова Москва, Россия.

**EXPECTATIONS REGARDING THE EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS**

**IN PATIENTS OF PSYCHIATRIC CLINIC WITH ADAPTATION DISORDERS, ANXIETY AND SOMATOFORMIC DISORDERS. \***

**Agarkov V.A., Bronfman S.A.**

*Введение.* Успех психотерапии зависит от до-терапевтических установок пациента, его ожидания в отношении терапевтического процесса и личности терапевта [Соколова, 2010]. В рамках настоящей работы мы исследовали клиентские ожидания от психотерапии у пациентов психоневрологической клиники с диагнозами расстройств адаптации, тревожных и соматоформных расстройств.

*Материалы и методы.* В исследовании приняли участие пациенты с расстройствами адаптации (F43.2x, n=12, возраст M=48,7; SD=11,1; 4 мужчин, 8 женщин); с соматоформными расстройствами (F45.x, n=12, возраст M=51,5; SD=9,0; 3 мужчины, 9 женщин); с тревожными расстройствами (F40-41.x, n=8, возраст M=43,1 (SD=11,3), 3 мужчины, 5 женщин). В исследовании использовалась следующая батарея методик: Опросник психотерапевтических ожиданий пациентов (РЕХ-Р1); Пятифакторный тест-опросник (NEO-FFI); опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

*Результаты исследования.* Средние значения интегрального параметра РЕХ-Р1 "Плацебо", оценивающего степень уверенности пациента в том, что психотерапия будет ему полезна, находится в зоне "позитивных ожиданий" для всех групп пациентов. Наибольшее среднее значение показателя "Плацебо" принадлежит группе пациентов с диагнозом расстройства адаптации F43.2x. Наивысшее минимальное значение в группе F43.2x получено для субшкалы "Ориентация вовне" – 3,8, то есть наибольшим "доверием" в этой группе пользуются интервенции, используемые в рамках когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии. Интересно, что корреляционные связи между параметрами методики SCL-90-R и субшкалами РЕХ у группы пациентов с тревожными расстройствами, разнонаправлены. В группе пациентов с тревожными расстройствами эта связь положительная, а в группе пациентов с соматоформными расстройствами – отрицательная. При этом в этих группах значимые коэффициенты корреляции между субшкалами РЕХ-Р1 и чертой нейротизм положительны.

\* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект "Образ психотерапевта и представления пациентов об эффективности психотерапевтической помощи как факторы социально-медицинской адаптации", № 15-06-10923

### **АНАЛИЗ «ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ» С ПОМОЩЬЮ ПЕРСОНАЛЬНЫХ СКАЗОК**

**Агеенкова Екатерина Кузьминична**, ageenkova@list.ru – доцент кафедры клинической и консультативной психологии Института психологии Белорусского государственного педагогического университета имени Максима Танка.

**PERSONAL FAIRY-TALES FOR ANALYSIS OF THE LIFE'S SCREENPLAY**

**Aheyenkova Ekaterina K.**, ageenkova@list.ru – Professor of the Department of Clinical and Counselling Psychology Belarusian State Pedagogical University named after Maxim Tank

Под «жизненным сценарием» Эрик Берн (1992) понимал создаваемый каждым человеком еще в детстве проект будущей жизни. А. Адлер (2002) также писал, что ребенок создает себе модели жизни, формирует свою цель и жизненный план,

которым он сознательно или бессознательно следует. При этом Р. Ассаджоли (1994) и Б.С. Братусь (1988) указывали, что «проекты бытия личности» реализуются индивидом через образцы для подражания.

В клинике неврозов для диагностики внутриличностных проблем Б.Д. Карвасарский (1980) предложил применять опрос пациента, направленный на изучение истории его жизни. К.Г. Юнг и Э. Берн при этом предложили осуществлять психотерапевтический процесс путем поиска в культурном наследии мифологического паттерна, соответствующего жизненным принципам клиента.

В наших исследованиях был использован анализ «жизненного сценария» с помощью сказки, впервые описанный С. Н. Некрасовым и И. В. Возилкиным (1991). Они предлагали своим пациентам самостоятельно придумать сказку, которую они затем подвергали анализу с использованием психоаналитической символики.

Однако было обнаружено, что анализ такой персональной сказки, рассказанной самим клиентом, дает гораздо больше возможностей для понимания его «жизненного сценария». В нашем первом исследовании (2004), было установлено, что персональная сказка несет в себе выявленные с помощью контент-анализа следующие элементы, отражающие «жизненный сценарий» ее сочинителя: 1) характеристика и оценка себя; б) характер жизненных трудностей и способ их преодоления; в) отношение к помощи в решении жизненных проблем; г) приобретение или не приобретение жизненного блага; г) характер приобретаемого блага. Анализ сказок с использованием данных критериев позволил выявить восемь «жизненных сценариев». Также сравнительный анализ характеристик элементов каждой персональной сказки и истории жизни ее сочинителя указал на их сходство. Было также установлено, что при сочинении сказки каждый исследуемый применяет достаточно устойчивые линии поведения главного персонажа в лонгитюдном исследовании.

Дальнейшие исследования показали, что при обнаружении проекции сочинителя сказки на один или ряд ее персонажей, можно проводить диагностику внутриличностных проблем с использованием подходов, предлагаемых в различных личностных теориях. Были выявлены специфические «жизненные сценарии» у больных различными заболеваниями.

Предлагаемый прием анализа проблем повлек за собой усовершенствование процедуры проведения исследования для уточнения вида проекции.

#### **ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Александров Артур Александрович**, profalexandrov@yandex.ru – проф. кафедры общей, медицинской психологии и педагогики СЗГУ им. И.И. Мечникова.

#### **DIALOGUE IN ANALITIC-CATHARTIC THERAPY**

**Aleksandrov Artur A.**

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) — это краткосрочная модель психотерапии, основанная на психологии отношений В.Н. Мясищева. Основной мишенью АКТА является внутриличностная проблематика и лежащая в ее основе неадекватная система отношений. К осознанию внутреннего конфликта АКТА идет через разыгрывание внешних конфликтов с воображаемыми значимыми фигурами из прошлой и настоящей жизни пациента («диалог-встреча»). Через осознание роли своей личности в возникновении межличностного конфликта пациент подходит к осознанию неадекватных отношений, лежащих в основе его внутреннего конфликта.

В АКТА история жизни пациента, его личность, патогенная конфликтная ситуация обсуждаются в самом начале психотерапии в рамках «предварительного интервью», в процессе которого терапевт стремится к определению зоны конфликтных отношений и идентификации эмоционально-значимых фигур, которые оказывали или оказывают влияние на жизнь пациента. Когда значимый материал идентифицирован, структура психотерапевтических сессий меняется: каждая сессия состоит теперь из двух блоков: беседы терапевта с пациентом и диалогом пациента с воображаемым другим.

Содержанием беседы, предваряющей диалог, является анализ отношений пациента с конкретным эмоционально значимым лицом. Эта беседа носит конфронтационный характер. Источником конфронтации является терапевт. Диалог — кульминация терапевтического сеанса. Цель — достижение катарсиса. Терапевт прибегает к дублированию. В отличие от классической психодрамы терапевт дублирует и пациента и его воображаемого собеседника. Двойное дублирование — вербализация и конфронтация терапевтом противоречивых чувств и желаний пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта — это инновационная техника АКТА, с помощью которой значительно усиливается катартический эффект диалога. В процессе диалога, в отличие от беседы, источником конфронтации становится сам пациент, последовательно отождествляясь с проецированными аспектами своего внутреннего конфликта.

#### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ**

**Ангел Милада Сергеевна**, miladaangel@yandex.ru – аспирант, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

#### **CURRENT APPROACHES TO PREVENTING DRUG ADDICTION**

**Angel Milada Sergeevna**, Graduate student, Herzen State Pedagogical University of Russia, St.Petersburg, Russia.

В настоящее время, несмотря на все усилия, проводимые нашим государством в рамках антинаркотической политики, наблюдается неуклонный рост первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, вызванными употреблением наркотиков (1). Так, за период с 2011 по 2015 гг. среди подростков 15 – 17 лет диагностика синдрома зависимости от

наркотиков (наркомания) обнаружила прирост почти в четыре раза – с 4,7 до 17,9 на 100 тыс. подростков, а психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением наркотиков – вдвое – с 66,8 до 120,8.

Действующая до настоящего времени информационная модель первичной профилактики, предполагающая, что знание конкретных фактов, касающихся негативных последствий употребления наркотиков, приведет к отказу от их употребления, оказалась малоэффективной (2).

Тем не менее, современная наука накопила достаточный багаж знаний о целом комплексе факторов, воздействующих на образ жизни. Были выделены психогигиенические условия, способствующие профилактике аддиктивного поведения учащихся школ, разработана новая технология психопрофилактического сопровождения в качестве инструмента управления устранимыми поведенческими рисками школьников (3). На ее основе разработаны и успешно применяются ряд инновационных психопрофилактических программ.

К примеру, психогигиеническая модель, реализуемая в настоящее время на территории Кемеровской области в рамках организации и проведения мер профилактики аддикции от психоактивных веществ среди школьников, базируется на методе «Профилактической психодрамы» (4). Метод дополняет современные подходы технологией управляемой профилактической дискуссии, способствующей осознанию экзистенциальных ценностей и смыслов здорового образа жизни. В то же время, на территории Вологодской области реализуется программа «Здоровое поколение» (5). Проект направлен на предотвращение формирования различных видов зависимости у подростков. Реализация проекта проходит в форме «Молодежных батлов» (6) – новой формы профилактической работы с подрастающим поколением и вызывают интерес у участников, поскольку интерактивный формат мероприятия дает возможность высказать свое мнение, проявить себя и заставляет каждого задуматься о необходимости и важности профилактики зависимости.

Таким образом, эффективная первичная психопрофилактика должна быть направлена на формирование навыков здорового образа жизни, сохранение и развитие психического здоровья школьников с учетом возраста, пола, состояния здоровья и психоэмоциональных характеристик.

«Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах» Статистический сборник НИИ наркологии – филиал ФГБУ 1. «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

2. Козловский А.В., Веницкая А.Г., Лелевич В.В., Разводовский Ю.Е. Распространенность потребления психоактивных веществ среди молодежи и современные подходы к профилактике зависимости // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2004. – № 1. – С. 33-38.

3. Москвитин, П.Н. Психогигиеническая модель профилактики аддикции у школьников / П.Н. Москвитин, В.В. Захаренков // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2014. – №1. – С. 27-30.

4. Москвитин, П.Н. Метод «профилактической психодрамы» в предупреждении зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков / П.Н. Москвитин, Б.Д. Цыганков, Н.А. Сирота. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. – 248 с.

5. Дорога к дому. Целевая социальная программа компании "Северсталь" для решения проблем социального сиротства, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. <http://dorogakdomu.ru/projects/zdorovoe-pokolenie/>

6. Отчет о реализации муниципальной программы «Здоровый город» на 2014–2022 годы за 1 полугодие 2016 год [ast.cherinfo.ru/pages/2016/08/29/zg-otchet-o-mp-za-1-polug-2016.docx](http://ast.cherinfo.ru/pages/2016/08/29/zg-otchet-o-mp-za-1-polug-2016.docx)

## **К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

**Арпентьева Мариям Равильевна**, [mariam\\_rav@mail.ru](mailto:mariam_rav@mail.ru) – доктор психологических наук, доцент, профессор, старший научный сотрудник кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского.

### **TO THE PROBLEM OF THE CLINICAL COUNSELING**

**Arpentieva Mariam Ravilievna**, [mariam\\_rav@mail.ru](mailto:mariam_rav@mail.ru) – grand doctor of psychological Sciences, associate professor, professor and senior researcher of the department of development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University.

Клинико-психологическое консультирование – сфера пересечений медицинской и социальной помощи (работы). В рамках медицинской помощи клинико-психологическое консультирование является, по сути, смысловым аналогом психотерапии. В рамках социальной работы оно выступает как важный компонент консультирования людей, попавших в трудные жизненные ситуации. Эти ситуации, будучи невыносимыми и подчас несовместимыми с "нормальной жизнью" и нормальными (ординарными) формами осмысления себя и мира, привели к обострению уже имевшихся или возникновению новых психосоматических и психических нарушений ("ресоматизации" и "психотизации"). Клинико-психологическое консультирование, таким образом, обращено к трансординарному опыту жизни и к трансординарным формам его осмысления. Данные формы осмысления проявляются в виде трансординарных, нетипичных поступков и "ненормального" поведения, а также в деформациях отношений человека с собой и миром. В трансординарных ситуациях человек часто сталкивается с травмирующим опытом: он переживает травму или травмы столкновения в трансординарной ситуации со смертельной опасной болезнью или со смертью, с потерей близких, дома и имущества, с опытом плена и тюрьмы, вынужденной миграцией или потерей работы и т.д. Задача человека – преобразовать полученный опыт так, чтобы он служил развитию, а не деградации, в том числе в виде ресоматизации и болезней, распада личности и ее психотизации. Аналогично, биомедицинское вмешательство, существенно изменяющее понимание человеком себя и мира, возможности помощи как восстановления утраченного или даже замены части функций и органов – должно быть осмысленно так, чтобы

принести пользу человеку и обществу, а не стать, например, причиной впечатления вседозволенности и небрежения (десакрализации и отказа от личных усилий и труда самосовершенствования).

Клинико-психологическое консультирование помогает человеку найти психологические причины и последствия болезней тела, а также выявить их связь с трансординарной ситуацией, краткосрочным травмирующим инцидентом или более или менее постоянными травмирующими обстоятельствами жизни человека. Оно помогает выявить взаимосвязи болезни как формы страдания с конкретными событиями или обстоятельствами, а также найти способ трансформации страдания и/или обстоятельств. В рамках социальной работы важно не только трансформировать страдания, но изменить и сами обстоятельства, разомкнуть круг, в котором страдания и вызывающие их обстоятельства взаимно усиливают, поддерживают друг друга. Специалист и клиент ищут способы пассивного и активного совладания с трудностями жизни и связанными с ними болезнями: отдавая дань благодарности, уважения и любви себе и миру, человек исцеляется сам и исцеляет (трансформирует) обстоятельства своей жизни и жизни близких. И наоборот, трансформируя обстоятельства своей жизни и жизни других людей, помогая им и служа миру, человек исцеляется.

Целительная сила "здоровых" отношений, искренних, принимающих и понимающих отношений, лишенных фальши, помогает преодолевать негативные последствия травм, основная доля которых связана с фикциями и "анти-фикциями" человеческой жизни. Болезнь – соматическая или психическая – выступает и как способ выживания, и как урок и как попытка преобразования человеком себя и своего мира. Основные нарушения отношений, в том числе "патогенные конфликты" и "патологизирующие роли", связаны с нарушениями морально-нравственных опор отношений, а также их психологическими причинами и следствиями: гордыней, ревностью, завистью, озлобленностью, чувствами собственной важности/сверхценности или неполноценности, стыда и вины и т.д. Анализ современных и традиционных исследований психологических причин и следствий болезней позволяет выделить несколько "универсальных" кластеров нарушенных отношений. Каждый из них, будучи интенсивно выражен и длительно воспроизводим, приводит к болезням тела и души. Каждый из них "притягивает" другие, усиливая болезни и мешая человеку принять решение об изменении. Клинико-психологическое консультирование помогает человеку решиться на изменения.

#### **ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Арпентьева Мариям Равильевна**, mariam\_rav@mail.ru – доктор психологических наук, доцент, профессор, старший научный сотрудник кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского.

#### **MAIN PROBLEMS OF THE SOCIAL COUNSELING**

**Arpentieva Mariam Ravilievna**, mariam\_rav@mail.ru – grand doctor of psychological Sciences, associate professor, professor and senior researcher of the department of development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University.

Социально-психологическое консультирование как эдологическая (помогающая) практика, сфера профессиональной деятельности, формируется на «стыке» двух других областей: медицинской помощи и психотерапии и социальной работы. Социально-психологическое консультирование предстает как сложное, полиморфное явление, связанное с помощью разным группам клиентов в решении проблем их отношений с собой и миром: внутриличностного, межличностного, а также внутригруппового и межгруппового функционирования, развития и восстановления (абилитации и реабилитации). Рассмотрение различных проблем и работа с самыми разными группами клиентов предполагает выход за пределы ситуации индивидуальной жизнедеятельности, ее рассмотрение в широком социальном контексте. С социально-психологической точки зрения трудные ситуации, становящиеся причинами страданий клиентов, включают внутриличностные, межличностные и межгрупповые социально-психологические конфликты и нарушения, возникающие в связи с рядом проблем: 1) макросоциальные кризисные стрессовые ситуации, связанные с катастрофами, терактами, войнами, стимулирующие возникновение трансординарных нарушений типа вины выжившего, «стокгольмского синдрома», посттравматических стрессовых расстройств; 2) социальное насилие, столкновение человека с частной и государственной преступностью, активизирующие нарушения связанные с переживаниями социального каннибализма, беззащитности и отсутствия контроля, опыта рабства и виктимизации; 3) проблемы и конфликты религиозно-нравственных и межкультурных отношений, активизирующие нарушения, связанные с переживаниями отчуждения, агрессии, несправедливости, расовой, национальной и религиозной дискриминации, 4) отклоняющееся поведение, преступность и правонарушения, активизирующие экзистенциальный кризис и нарушения, связанные с переживаниями агрессивной неудовлетворенности собой, миром, стремления отомстить миру и людям, «взять от жизни все»; 5) терминальные заболевания и связанные с ними состояния (комы, изоляции и т.д.), переживание потерь близких людей, активизирующие нарушения понимания себя и мира, работу механизмов компенсации или восстановления, по поводу обратимых, – и горевания – по поводу необратимых – потерь; 6) инвалидность, хронические психосоматические и психические заболевания, алкоголизм и наркомания, активизирующие нарушения внутриличностного и межличностного функционирования, способствующие различного рода искажениям развития, в т.ч. инволюционные ресоматизации, психопатии и т.д., ставящие задачи поиска продуктивных защит и стратегий совладания с болезнями, исследования нужд и трансформации желаний; 7) социально-экономическая нужда и бедность, безработица и профессиональная дезадаптация, активизирующие переживания, связанные с лишением доступа к реализации собственных ресурсов, сознательный или бессознательный отказ от связей с обществом и профессиональных отношений, включая феномены «дауншифтинга», создания симулякров, маргинализацию; 8) сексизм как половая дискриминация и насилие, искажения гендерных и половых ролей и жизнедеятельности, активизирующие проблемы и переживания неудовлетворенности в семейной и профессиональной жизни, необходимость пересмотра

семейных и родовых сценариев и опыта взаимоотношений; 9) одиночество детей, взрослых, пожилых, их бездомность, отсутствие семьи или проблемы семейных взаимоотношений, разводов и т.д., активизирующие переживания по поводу невозможности подтверждения и разделения, связанные с отсутствием близости и изоляцией, невозможности понимания, помощи и изменений в себе и значимых (близких) других, побуждающие к поиску и пересмотру внутренних оснований жизнедеятельности, 10) проблемы кризисов возрастного, личностного и духовного развития, «экзистенциальной фрустрации», межвозрастного взаимодействия, «эйджизма», взаимодействия групп, отличающихся по духовно-нравственным ориентациям; 11) профессиональное консультирование, включая академическое консультирование и консультирование в различных профессиональных контекстах, например, политическом, управленческом и т.д. – по поводу выбора профессии, обучения, функционирования и развития в организации и вне нее, нарушений взаимодействия профессионалов с организацией, клиентами; 12) проблемы организационно-управленческого плана, коучинг нововведений и антикризисных, развивающих программ, сопровождение процессов управления карьерой и кадрами в организации и т.д..

## **ЭКСПЕРТНЫЙ ПРОФАЙЛИНГ**

**Арпентьева Мариям Равильевна**, mariam\_rav@mail.ru – доктор психологических наук, доцент, профессор, старший научный сотрудник кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского.

### **EXPERT PROFILING**

**Arpentieva Mariam Ravilievna**, mariam\_rav@mail.ru – grand doctor of psychological Sciences, associate professor, professor and senior researcher of the department of development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University.

В современной системе медико-социально-психологической и судебной экспертизы особое место занимает профайлинг как комплекс мер диагностического «картирования» и осмысления нарушений развития и функционирования личности и группы, а также создаваемых ими потенциальных или реальных угроз безопасности в разных по типу и масштабам ситуациях. Как правило, профайлинг включает вопросы, направленных на выявление нестандартных реакций на внешне простые вопросы, оценку невербального поведения. Однако много может сказать и вербальное поведение человека или группы «утечки» информации вербального поведения не менее значительны. Психолингвистическая часть работы профайлера, обращенная на анализ текстов, вербальных референтов перечисленных аспектов, не менее важна, чем анализ невербального поведения и проявлений. Традиция их изучения имеет довольно длительную историю: начиная с криптографии и метода «свободны ассоциаций», заканчивая современным дискурс-анализом и иными вариантами контент-анализа текстов, экспресс-методиками оценки текстов, их компьютерными вариантами. Примером одной из методик является также «Правило трех», разработанная нами для оперативной диагностики личности и ее жизнедеятельности. Данное «правило» реконструировано на основе анализа принципов интерпретации результатов применения проективных тестовых методик. Использование данной методики, при всем удобстве и компактности, требует от специалиста хорошего знания самого себя, высокой квалификации: индивидуальный подход, эмпатия и интеллект самого профайлера, его готовность и способность видеть «правду» человека, жизни, самого себя.

На примере этой методики и многих других можно поставить вопрос о научной проверке и обосновании результатов профилирования. По мнению экспертов, даже такая «простая» процедура как верификация лжи является вероятностной: профайлинг — это вероятностный метод, не существует никаких 100% гарантий (disclaimer), что специалист не выдумал, а исследуемый не имитировал что-либо. Более того, деятельность экспертов и догадки «обычных» людей часто имеют примерно сходные результаты. Более того, исследователями и практиками описаны ситуации, когда профилирование в сочетании со следственными и прокурорскими энтузиазмом нарушали ход следствия и даже способствовали серьезным судебным ошибкам. Поэтому использование профилирования не может быть основанием исключения альтернативных технологий. Исследователи отмечают необходимость научного насыщения профайлинга. Некоторые исследователи полагают, что профайлинг является сложной и научно обоснованной практикой уголовного профилирования, обвиняя противников профилирования в осуждении практического подхода, отвержении и игнорировании роли личного опыта профайлера. Они критикуют наивность и неосведомленность «чистых ученых» («pure academics»). Конечно, «научная оценка фактического применения (научных психологических теорий и методов) в случае метода «анализ случая» в практической работе всегда является трудной задачей. Однако попытки свести профилирование к методикам и подходам феноменологии и «case analyses», игнорируя статистику и классические подходы, вызывают скептическое отношение традиционных исследователей, выявляющих множественные ошибки профилирования. Ярким примером является такая, во многом, базовая технология профайлинга как «холодное чтение» (cool reading) — набор приёмов, которые используют «экстрасенсы» и иллюзионисты, пытаясь создать видимость того, что они знают о человеке гораздо больше, чем есть на самом деле. Эта технология использует «эффект Т. Барнума», который состоит в том, что среднестатистический человек примеряет на себя всё, что ему или ей говорят. Поэтому на эмпирическом уровне в профайлинге обычно используется совмещённый, эклектический подход, процессуальные техники, а также метакогнитивные или рефлексивные процедуры, включая супервизию для профайлеров. Таким образом, и научно-экспериментальное, и опытно-экспериментальное знания могут помогать профайлеру, повышению его компетентности и качества работы: профайлинг как практика развивается на стыке ряда подходов и требует для своего развития усилий и практиков, и теоретиков.

**ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ НА ОСНОВЕ МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАША**  
**Ассанович Марат Алиевич**, 70malas@gmail.com – заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии, Гродненский государственный медицинский университет.  
**EVIDENCE-BASED APPROACH IN CLINICAL PSYCHODIAGNOSTICS ON THE BASE OF RASCH METRIC SYSTEM**  
**Assanovich Marat Alievich**, The Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Grodno State Medical University.

Доказательный подход в клинической психодиагностике требует создания методик, соответствующих принципам научного измерения латентных конструктов. Клинически значимые психологические и психопатологические конструкты относятся к латентным переменным. В связи с этим точная и валидная оценка их выраженности у пациентов возможна только в том случае, если измерительная шкала соответствует таким принципам фундаментального измерения, как объективность, аддитивность, равноинтервальность. При этом для каждой суммарной оценки по шкале должна быть установлена эквивалентная связь с уровнем выраженности измеряемого конструкта.

Большинство методик клинической психодиагностики разработаны на основе классической теории тестов (КТТ), которая не содержит в своей методологии принципов и правил построения объективного доказательного измерения. В настоящее время в клинической психометрике существует единственная технология построения доказательных клинических шкал, основанная на метрической системе Раша. Данная метрическая система, называемая моделью Раша, представляет собой психометрическую технологию полного цикла, которая позволяет разработать равноинтервальную объективную шкалу на основе построения вероятностной модели шкалы и итерационного оценивания ее параметров.

В отличие КТТ метрический аппарат модели Раша дает возможность оценить соответствие построенной шкалы реальным клиническим данным и обеспечивает такое важное свойство психодиагностической методики как ее доказательная интерпретируемость. Существующие подходы к определению пороговых критериев выраженности измеряемого конструкта характеризуются высокой степенью зависимости от особенностей популяции. Вследствие этого критерии интерпретации, разработанные на основе данных одной популяции, окажутся неточными и невалидными при исследовании другой популяции испытуемых. Метрические критерии интерпретации, разработанные на основе модели Раша, не зависят от параметров распределения измеряемого конструкта в популяции и отличаются высокой точностью. Это обусловлено тем, что для каждой шкальной оценки в данной модели рассчитывается индивидуальная ошибка измерения, учет которой позволяет разработать объективные и точные критерии выраженности конструкта.

На сегодняшний день метрическая система Раша является научно обоснованной базой доказательного подхода к разработке и оценке диагностической эффективности психометрических методик, применяемых в клинике.

**ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Ахмедов Санджар Акбарович**, braindoc65@mail.ru – кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Ташкентского педиатрического медицинского института.

**PSYCHOLINGVISTIC INVESTIGATION OF ADOLESCENTS-DELINQUENTS WITH MENTAL DISORDERS**

**Sanjar A. Akhmedov**, braindoc65@mail.ru – doctor of philosophy in medicine, doцент, department of psychiatry, narcology, child psychiatry, psychotherapy and medical psychology of Tashkent Pediatric Medical Institute.

*Актуальность.* Исследованию психики подростков-делинквентов посвящено большое количество работ. Меньше внимания было уделено исследованию психических характеристик с помощью менее тривиальных методов, одним из которых является психолингвистическая диагностика.

*Цель.* Установление структурно-речевых закономерностей в зависимости от нозологии у подростков с делинквентным поведением.

*Материал и методы.* Для исследования были отобраны три группы пациентов мужского пола в возрасте от 15 до 18 лет: 10 чел. с умственной отсталостью; 10 чел. – с расстройствами личности; 10 чел. – с органическими психическими расстройствами. Все обвинялись в совершении агрессивных правонарушений против личности, прошли судебно-психиатрическую экспертизу в Клинической психиатрической больнице Главного Управления здравоохранения г.Ташкента и были признаны вменяемыми. В методы исследования, помимо клинко-психопатологического, были включены вычисление 3-х психолингвистических показателей: коэффициента Трейгера (КТ), коэффициента опредмеченности действия (КОД) и коэффициента директивности (КД).

*Результаты.* Психолингвистический анализ речевых высказываний в виде установления коэффициента Трейгера у лиц 1-й подгруппы показал, что в целом он находился в диапазонах ниже единицы – в среднем 0,7 балла. Преобладание количества прилагательных над количеством глаголов свидетельствовало о снижении интеллекта и бедности эмоциональных проявлений. Исследуемые спонтанно соотносили количество существительных и глаголов, в связи с чем КОД был близок к единице – 1,1. Речевая экспрессия носила невыразительный характер, в связи с чем и расчёт КД не выявил существенных отклонений – 0,9. В психическом статусе у пациентов 2-й подгруппы преобладали эмоциональная неустойчивость, аффективное мышление, слабость саморегуляции. Показатели КТ были чуть завышенными – 1,2; количество глаголов над существительными преобладало в КОД – 1,4; зато уровень экспрессии и директивности зашкаливал в КД – 2,2. Аналогично все коэффициенты нарастали и в 3-й подгруппе. Органическая ригидность, безаппеляционность и застреваемость обусловили и излишнюю детализацию прилагательными (КТ – 1,5), и глаголами

(КОД – 1,6) и излишнюю насыщенность директивами (КД – 2,0). Тяжесть совершённых деликтов во всём контингенте была прямо пропорциональна величине всех 3-х коэффициентов.

*Заключение.* Установленные закономерности словесных и смысловых речевых конструкций делинквентов с психическими расстройствами позволили на определённом этапе времени с определённой долей вероятности подтвердить наличие риска реализации агрессивного деяния или исключить его, а также установить прогноз.

*Выводы.* Использование данного метода в качестве дополнительной методики в практике судебной психиатрии повысило бы эффективность целесообразных профилактических мероприятий.

1. Айхорн А. Трудный подросток. - М., 2001.
2. Кудрявцев В.Н. Генезис преступления: Опыт криминологического моделирования. - М., 1998.
3. Кондратенко В. Т. Девиантное поведение подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. - Минск, 1988.
4. Королев В.В. Психические отклонения у подростков-правонарушителей. - М., 1992.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1983.
6. Можгинский Ю.Б. Агрессия у подростков: Эмоциональный и кризисный механизм. - СПб., 1999.
7. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. - М., 1994.
8. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. - М., 2000.

### **КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

**Ахмедов Санджар Акбарович**, braindoc65@mail.ru – кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Ташкентского педиатрического медицинского института.

### **COMPLEX PSYCHOTHERAPY IN CORRECTION OF DELINQUENT BEHAVIOR OF ADOLESCENTS**

**Sanjar A. Akhmedov**, braindoc65@mail.ru – doctor of philosophy in medicine, docent, department of psychiatry, narcology, child psychiatry, psychotherapy and medical psychology of Tashkent Pediatric Medical Institute.

*Актуальность.* Делинквентность как поведенческий феномен подросткового возраста предполагает наличие какого-либо пограничного психического расстройства или психологического диссонанса в структуре личности. Специфичность возраста, высокие показатели криминальности подростков, вариабельность причинно-следственных факторов и недостаточная эффективность обычных коррекционных мер психологического плана в отношении проблемных подростков, обуславливают актуальность исследований в данной сфере.

*Цель.* Исследование эффективности проведенной комплексной психотерапии путём сравнения показателей агрессивности и тревожности.

*Материал и методы.* Исследованию были подвергнуты 30 лиц мужского пола в возрасте от 15 до 18 лет, совершивших насильственные правонарушения. Исследование проводилось в Городском психоневрологическом диспансере №2 Главного управления здравоохранения г.Ташкента. Экспертными комиссиями все были признаны вменяемыми, но обнаруживавшими признаки акцентуаций личности различного типа. Кроме изучения анамнестических особенностей, клинико-психопатологического обследования дважды проводилось психологическое тестирование на определение уровней агрессивности методом рисуночной фрустрации С. Розенцвейга и тревожности опросником Спилбергера-Тэйлора. Всего было проведено 5 сеансов комплексной психотерапии (рациональная, гипноз, бихевиоральная).

*Результаты.* В анамнезе и в статусе у всех членов группы не наблюдалось выраженных отклонений в психической сфере. Все росли в семьях с повышенным уровнем невротизации, многие (12 чел.) воспитывались матерями, но в целом уровень достатка был удовлетворительным. Показатели успеваемости были хорошими, больше страдала дисциплина. Все исследуемые курили сигареты, пробовали лёгкие наркотики, эпизодически употребляли алкоголь. У 11-и подростков в поведении просматривалась демонстративность поведения (татуировки, пирсинг, оппозиционность), для всех были характерны различные молодёжные увлечения. Деяния всегда совершались в группе и в состоянии алкогольного опьянения без явных умыслов причинить вред. Начальные показатели агрессивности и тревожности у всех членов группы были повышенными – 30 чел. (100%). Рациональная психотерапия проводилась в ракурсе анализа сложившихся проблем с достижением осознания коренных изменений в жизни. С помощью гипноза достигалась общая релаксация, десенсибилизация всплесков агрессии и выработка саморегуляции. Бихевиоральная коррекция определялась замещением негативных поведенческих паттернов на позитивные. При повторном тестировании существенно снизились показатели агрессивности (12 чел. – умеренная агрессивность, 11 чел. – лёгкая, 7 чел. – без признаков агрессии) и тревожности (11 – умеренная, 19 – лёгкая).

*Заключение.* В процессе работы у всего контингента удалось достигнуть устойчивого повышения позитивного мотивационного фактора и вооружить подростков полезной информацией в виде поведенческих психологических моделей для реализации в стрессовых ситуациях.

*Выводы:* Внедрение комплексных психотерапевтических методик в широкую психологическую практику на этапах реабилитации и профилактики делинквентного поведения позволило бы существенно снизить риск совершения подростками повторных деликтов.



## **ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

**Бабарахимова Сайёра Бориевна**, sayorababaraximova2010@gmail.com – Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии.

### **RESEARCH OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS**

**Babaraximova Sayyora Borievna**, Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.

*Цель исследования:* изучить депрессивные расстройства у женщин с учётом личностных особенностей для улучшения психокоррекции и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных.

*Материалы и методы исследования:* были обследованы 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

*Результаты:* наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F-32.3 согласно классификации МКБ-10) – у 10 пациенток (33.3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F-41.2) – у 8 женщин (26.7%). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F-32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F-43.21) – у 3 женщин (10%) и дистимия (F-34.1.) – у 3 обследованных женщин (10%). При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26.7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16.7%), в 6.6% случаев был выявлен эмотивный тип личности женщин с депрессивной патологией.

*Вывод:* установлено, что наиболее часто депрессия тяжёлой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдались у женщин с застревающими и тревожно-боязливыми типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия при купировании депрессивных расстройств.

## **ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ИКАРА**

**Бадалов Андрей Аскарлович**, andrey.badalov@bk.ru – врач-психиатр; старший преподаватель кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии; Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

**Бровкина Светлана Николаевна** – клинический психолог; магистр психологии; ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии; Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

### **PROPERTIES OF COGNITIVE FUNCTIONS OF THE PERSONS WITH ICARUS SYNDROME**

**Badalov Andrey Askarovich**, andrey.badalov@bk.ru – Psychiatrist; Lecturer, Department of Medical Psychology, Psychiatry and psychotherapy; Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Brovkina Svetlana Nikolaevna**, clinical psychologist, master of psychology, assistant of Department of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction; Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Ahunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic.

*Актуальность.* «Синдром Икара» – термин, введенный в 1978 г. Н. Виклундом, и обозначающий лиц обладающих такими характеристиками как: высокая амбициозность и творческая активность, частые сновидения с полетами, «очарование огнем», и энурез. Ранее мы уже указывали на необходимость рассмотрения данного состояния как особой формы психопатологического диатеза. Очень перспективными на нынешний момент являются разработки, указывающие на частую дисфункцию в случае проявления психопатологического диатеза структур головного мозга, входящих в т.н. «фронтоталамо-париетальный комплекс, и часто проявляющуюся когнитивным дефицитом. Это и определяет необходимость более подробного изучения когнитивных функций лиц с синдромом Икара.

*Цель и задачи.* Изучить особенности основных когнитивных функций лиц с синдромом Икара.

*Материалы и методы.* Всего были обследованы 2732 респондента в возрасте от 15 до 60 лет, 1224 из которых – пациенты Республиканского Центра психического здоровья с различными диагнозами в период ремиссии; 1508 – студенты 1-5 курсов Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской Государственной Медицинской академии, при этом синдром Икара у них был представлен без коморбидной патологии. Всего было отобрано 88 человек с синдромом Икара. Для патопсихологического обследования были использованы следующие методики: «Отыскивание чисел», «Заучивание 10 слов», тест «Стандартные прогрессивные матрицы» Равена, «Классификация предметов» и «Исключение предметов».

*Результаты.* 1. Лица с синдромом Икара не несут никаких признаков нарушения памяти и внимания в периоды отсутствия у них манифестной психической патологии. Уровень интеллекта у лиц с синдромом Икара в основном превышает показатели средние по популяции. Оба указанных признака доказывают отсутствие у лиц с синдромом Икара когнитивного дефицита. Основной особенностью мышления лиц с синдромом Икара является активизация латентных признаков предметов, изменяющая направление протекания основных операций мышления в сторону их избыточности и недостаточной интегративности, обусловленной слабостью ассоциативных процессов.

2. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что особенности основных когнитивных функций лиц с синдромом Икара являются следствием нарушения преимущественно процессов интеграции, что приводит не к «дефициту» их, а «диссоциированности» функционирования, связанной с нарушением работы ассоциативных систем головного мозга.

#### **ДИАГНОЗ СДВГ В СЕМЬЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У МАТЕРЕЙ И ПОИСК МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ**

**Васильева Анна Владимировна**, annavdoc@yahoo.com – д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных расстройств и психотерапии, Руководитель международного отдела ФГБУ НИПНИ им. В. М. Бехтерева.

**Баландова Ольга Игоревна**, врач-психиатр, СПб ГБУЗ "Поликлиника 114.

#### **ADHD DIAGNOSIS IN THE FAMILY AS A RISK FACTOR OF ADJUSTMENT DISORDERS IN MOTHERS AND STUDY OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS TARGETS**

**Vasileva Anna Vladimirovna**, annavdoc@yahoo.com – Leading research associate, department of stress-related and affective disorders therapy, Head of the international affairs department of the V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Balandova Olga Igorevna**, psychiatrist, Saint-Petersburg Polyclinic 114.

В настоящее время одним из наиболее распространенных психоневрологических расстройств в детском возрасте, распространенность которого по данным отдельных авторов достигает 10%, является СДВГ, проявляющийся расстройством внимания, импульсивностью поведения и двигательной расторможенностью. Единой гипотезы этиопатогенеза данной патологии не существует, имеет смысл говорить о мультифакторной природе расстройства, при определенной генетической предрасположенности в течении заболевания существенную роль играют психосоциальные факторы, особенности внутрисемейного взаимодействия. Учитывая российские культуральные особенности, основное бремя заболевания ложится на матерей детей с СДВГ, что в отсутствие достаточных внешних ресурсов и адекватной внутрисемейной поддержки, а также полноценной информированности о характере имеющегося у ребенка расстройства, может быть причиной срыва адаптационных механизмов и развития тревожно-депрессивных и астенических состояний.

Накопленные в последние десятилетия данные указывают на то, что характер ранней привязанности и особенности диадных отношений, существенно влияют на нормальное психическое развитие и последующую уязвимость к манифестации психических нарушений. В случае СДВГ имеющиеся реципрокные эмоциональные связи и способность матери адекватно эмоционально и поведенчески реагировать на проявления расстройства могут значимо влиять на его течение.

Учитывая важное значение диадных отношений в системе лечения СДВГ необходимо уделять внимание не только детям, но и проводить психообразовательную работу, направленную на преодоление самостигматизации, а в случае необходимости психотерапевтическое лечение с матерями. В стандартную практику должны быть введены скрининговые инструменты, позволяющие на ранних этапах выявить у женщин расстройства адаптации. Дальнейшего изучения требует изучение личностных особенностей женщин, специфики отношения к болезни ребенка, а также нужна комплексная оценка семейного окружения для уточнения мишеней психотерапевтических интервенций.

#### **ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**

**Белан Роман Михайлович**, gomusozhrala@mail.ru – младший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

**Караваяева Татьяна Артуровна**, tania\_kar@mail.ru – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник, руководитель отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

#### **PROBLEMS OF CARRYING OUT CLINICAL-PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS IN THE REMOTE PERIOD OF FOLLOW-UP**

**Belan Roman Mihaylovich** – junior research associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Karavaeva Tatyana Arturovna** – Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

В последние десятилетия возрос интерес к исследованиям, посвященным прогнозу течения психических заболеваний, динамики их клинических проявлений, эффективности лечения. Сегодня в мире отмечается рост пограничных психических нарушений, и в первую очередь – невротических расстройств. Учитывая функциональный характер, обратимость симптоматических проявлений особенно на ранних этапах, сохранность психического функционирования у этих пациентов, исследования, позволяющие в динамике изучить изменения клинических, психологических особенностей и социального функционирования до и после лечения, а также в ближайшем и отдаленном катамнестическом периоде особенно актуальны. Однако и ранее, и в настоящее время характерен существенный дефицит научных исследований, посвященных изучению катамнестических данных у пациентов с невротическими расстройствами.

Поскольку на состояние пациентов с невротическими расстройствами большое влияние оказывают изменение социально-бытовых условий, жизненные обстоятельства, уровень стрессорной нагрузки, оценивать эффективность лечения, и устойчивость его результатов, их связь с внешними факторами является важной, но не простой задачей.

В рамках катamnестического исследования была изучена сплошная выборка 650 историй болезней пациентов, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии в 2011 году. Из них у 113 пациентов было диагностировано невротическое расстройство. Задачей проводимого катamnестического исследования являлась динамика клинико-терапевтических и психосоциальных показателей через 5 лет после стационарного лечения с помощью специально подобранного диагностического инструментария.

На этапе пилотажного исследования из 20 пациентов удалось проинтервьюировать только 5 человек. Анализ низкой мотивации на прохождение клинико-психологического исследования выявил основные причины: 1) значительное улучшение состояния и стабилизация жизненных обстоятельств способствует вытеснению переживаний, связанных с болезненным периодом и нежелание пациента возвращаться к своему негативному опыту; 2) недостаточное понимание целесообразности обследования; 3) сохраняющееся неблагоприятное соматическое или психологическое состояние, ухудшающее взаимодействие и доверие к врачам и медицинским учреждениям в целом.

Преодоление трудностей в проведении катamnестических исследований является актуальной задачей и требует проведения дополнительных мероприятий для повышения мотивации пациентов, поскольку получение объективных и репрезентативных данных обеспечивается исследованием катamnеза у 75–80% первоначальной выборки.

### **ВОЗМОЖНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Белов Ю.Г.<sup>2</sup> (belov-sgtmu@bk.ru), Курьшов В.Н.<sup>1</sup>, Майер О.Н.<sup>2</sup>, Маслова Н.В.<sup>2</sup>, Щербина Р.Ю.<sup>2</sup>**

1 – заведующий отделением, 2 – врач-психиатр

ФГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,

Отделение кризисных состояний клиники профпатологии и гематологии имени профессора В.Я.Шустова.

### **A POSSIBLE APPROACH TO THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY**

**Belov Y.G.<sup>2</sup>, Kuryshov V.N.<sup>1</sup>, Maier O.N.<sup>2</sup>, Maslova N.V.<sup>2</sup>, Shcherbina R.Y.<sup>2</sup>**

1 – Head of Department, 2 – psychiatrist

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky. Department crisis clinic of professional pathology and hematology named after professor V.Y. Shustov.

В межприступном периоде у больных эпилепсией достаточно часто обнаруживается полиморфная психопатологическая симптоматика невротического регистра. Одной из самых частых ее составляющих является тревога, которая может служить провоцирующим фактором, способствующим возникновению очередного приступа.

В то же время, терапия тревожных расстройств бензодиазепиновыми транквилизаторами в большинстве своем крайне ограничена наличием законодательных актов, приравнивающих эту группу лекарств наркотическим средствам. Назначение же большинства современных антидепрессантов является достаточно проблемным в связи с их способностью повышать порог судорожной готовности.

В этом случае, на наш взгляд, особого внимания заслуживает препарат этифоксин (стрезам) – анксиолитик, обладающий оригинальным механизмом действия с максимальной избирательностью и физиологичностью действия на все звенья развития симптомокомплекса тревоги.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния терапии этифоксином тревожные расстройства у больных эпилепсией.

Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с криптогенной височной эпилепсией в возрасте от 22 до 47 лет. Все больные получали базовую терапию антиконвульсантами (карбамазепины, вальпроаты) в адекватных суточных дозировках. Наблюдавшимся пациентам дополнительно к базовым противосудорожным препаратам назначалась терапия этифоксином, начиная с 50 мг в сутки с постепенным повышением дозировок до 150 – 200 мг в сутки, в зависимости от выраженности и тяжести тревожных нарушений.

Исследование динамики состояния проводилось с помощью шкалы тревоги Гамильтона и шкалы общего клинического впечатления на протяжении 8 недель.

После присоединения к терапии этифоксина большинства больных (19) к концу третьей недели удалось практически полностью редуцировать тревожную симптоматику (отмечалась редукция показателей по шкале по HAM-A с 25,3 до 8,7). У 7 пациентов произошло лишь сглаживание проявления тревожных расстройств (редукция показателей по шкале HAM-A с 24,3 до 17,3). Кроме того, через 8 недель от момента начала терапии, у 6 больных приступы сократились более чем на половину, а у 12 отмечено урежение частоты припадков на четверть.

Таким образом, назначение этифоксина больным эпилепсией обеспечивает отчетливую редукцию тревожной симптоматики, может сочетаться с большинством противосудорожных средств, опосредованно урежает частоту приступов, хорошо переносится пациентами при приеме на протяжении длительного периода времени.

## **МЕТОД ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Бычкова А.С.**, bas13@mail.ru – к.м.н., доцент кафедры наркологии и психотерапии ГОУ ИПК ФМБА России.

### **GROUP PSYCHOTHERAPY METHOD IN SOMATIC CLINIC**

**Bychkova A.S.**

Большинство соматических заболеваний сопровождается в той или иной мере развитием нарушений психики различной степени тяжести. Среди этих нарушений преобладают такие состояния как депрессивные и тревожно-депрессивные реакции, обусловленные расстройством адаптации (F43, МКБ-10). Депрессия и тревога не только влияют на адаптационные возможности человека, но и сокращают продолжительность его жизни в значительно большей мере, чем такие хронические заболевания, как сахарный диабет, бронхиальная астма или гипертоническая болезнь (Счастный Е.Д., 2001). Обобщенный опыт работы сотрудников Федерального центра пограничной психиатрии в общесоматических стационарах (Ромасенко Л.В. и др., 1985—1999) показал, что среди пациентов терапевтических отделений многопрофильных соматических стационаров психогенные (невротические) реакции наблюдаются в 12,6 % случаев (Александровский Ю.А., 2000).

Согласно мнению большинства исследователей, психотерапия больных с соматическими расстройствами должна быть направлена на редукцию симптомов тревоги и депрессии, обучение навыкам психологической самопомощи. При использовании рациональной психотерапии по В.Е. Рожнову пациенту показывается взаимосвязь психических и физических нарушений в организме с чертами его личности, образом жизни, что вселяет в пациента уверенность в возможности влиять на свое состояние, вселяет веру в свои силы.

Важно уточнить, что в условиях стационара классическая групповая терапия не представляется возможной в силу отсутствия времени на процесс групповой динамики и той его стадии, которая является рабочей для группы (Карвасарский Б.Д., 2006). В условиях стационара соматического профиля более уместен формат психотерапии в группе в виде регулярных 2 – 3 часовых встреч в формате семинара-тренинга, на каждой из которых собирается новая группа. Каждый новый пациент присоединяется к группе с любого занятия.

Подводя итог, можно сказать, что использование психотерапии в группе в предложенном формате благотворно влияет на пребывание пациентов в стационаре, помогает более быстрому наступлению ремиссии соматических заболеваний, снижает уровень тревожных и депрессивных расстройств, улучшает навыки психологической самопомощи.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

**Виндорф Светлана Алексеевна**, kulisveta@mail.ru – старший преподаватель, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

### **PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ADOLESCENTS PRONING TO ADDICTIVE BEHAVIOR**

**Vindorf Svetlana A.**, kulisveta@mail.ru – Senior lecturer, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University.

Масштабы незаконного распространения наркотиков в России неуклонно расширяются и к настоящему времени достигли уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения.

Особенно быстро происходит распространение наркотиков, психотропных и одурманивающих веществ среди молодежи, подростков и детей. Несмотря на предпринимаемые меры, продолжается рост наркозависимости среди несовершеннолетних, продолжается омоложение наркопотребителей, часто наблюдается уменьшение возраста первой пробы.

Проведенное нами исследование 400 подростков 14 – 18 лет, посещающих различные образовательные учреждения г. Санкт-Петербурга, показало, что 66% имело опыт употребления алкоголя в возрасте до 14 лет; 50% употребляют алкоголь не реже 1 раза в месяц; регулярно курят 33%, а 28% имели опыт употребления наркотиков. Таким образом, подростки являются одной из наиболее уязвимых категорий по вовлечению в употребление психоактивных веществ. В поле зрения специалистов наркологических амбулаторных учреждений, в основном, попадают несовершеннолетние с еще не сформированной зависимостью.

Важнейшей задачей на этапе донозологического употребления психоактивных веществ выявить психологическую склонность к формированию зависимости.

В связи с этим нами разработан комплекс методик, позволяющий с высокой достоверностью определять склонность к формированию зависимости. В него вошли следующие психодиагностические методики: 1. Опросник ОВРЭП – «Выраженность реакции эмансипации у подростков» (Бочаров В.В., Виндорф С.А.), являющийся психологическим инструментом, позволяющим относительно объективно выявлять качественные и количественные характеристики подростковой реакции эмансипации в контексте протекания пубертатного кризиса и возникновения отклоняющегося поведения у подростков.

Нами выявлено, что различия между группой наркотизирующихся подростков и контрольной выборкой являются высоко значимыми по всем показателям опросника. При психологической интерпретации «эмансипаторных профилей» наркозависимых подростков следует сказать, что для них характерны гиперконфронтация с родителями, зачастую проявляющаяся в генерализованных семейных конфликтах, и выраженное стремление к достижению автономии ассоциальным способом, грубо игнорируя мысли, чувства и желания вовлеченных в процесс взрослых, а также семейные и общественные традиции и нормы.

2. Метод цветочных выборов (модификация Л.Н.Собчик)- МЦВ.

Проведенное исследование показало, что данный метод является высоко эффективным при определении склонности к зависимости. Так, для подростков с аддиктивным поведением характерен выбор в качестве предпочитаемого желтого цвета (+4). Описанное Л.Н.Собчик в интерпретации цветового выбора «пристрастие к забавам, игровому компоненту в деятельности, стремление к избеганию ответственности» у наркотизирующихся подростков отражает именно склонность к зависимости.

Таким образом, сочетание высоких баллов по опроснику «Выраженность реакции эмансипации у подростков» и выбор в качестве предпочитаемого желтого (+4) цвета по МЦВ позволяет на этапе донозологического употребления психоактивных веществ выявить высокую вероятность формирования наркологической патологии у подростка.

Раннее выявление предрасположенности к формированию зависимости, в том числе и от психоактивных веществ, позволяет разработать эффективные превентивные меры для предотвращения развития зависимости.

## **СУПЕРВИЗИЯ В БАЛИНТОВСКИХ ГРУППАХ – ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗВИТИЯ**

**Винокур Владимир Александрович**, vavinokur@mail.ru – доктор медицинских наук, профессор СЗГМУ им. И.И.Мечникова (Санкт-Петербург), президент Санкт-Петербургского Балинтовского общества.

### **SUPERVISION IN BALINT GROUPS: PRACTICALITY AND NECESSITY OF DEVELOPMENT**

**Vinokur Vladimir A.**

Одной из предпосылок необходимости создания и устойчивого существования такой эффективной формы аналитической супервизии, как балинтовские группы врачей и психологов, служит анализ профессионального «самочувствия» этих специалистов, показывающий, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Есть и другие важные характеристики нашей профессии, определяющие необходимость балинтовской супервизии.

1. Специфика работы определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом его труда.

2. Высокая эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия в процессе работы.

В мировом опыте системы подготовки психотерапевтов и консультантов уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами/клиентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма. Коммуникативная компетентность, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления своей деятельности. Эти навыки не улучшаются просто с возрастом продолжительности работы, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии.

Балинтовские группы эффективно обеспечивают ее участникам возможность (*среду, пространство*) для более глубокого и осознанного анализа своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания врачами своих пациентов и самих себя в процессе сложного взаимодействия с ними. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе такой супервизии. Группа повышает профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым способствуя предупреждению профессионального выгорания. Балинтовские группы являются успешной формой развития социальной поддержки для психотерапевтов и психологов, нового для них позитивного мышления и нового уровня коммуникативной компетентности, что позволяет этим профессионалам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности и уверенного их преодоления.

## **РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

**Тарана Мамедова Газанфар**, mammadovatarana@mail.ru – руководитель Центра психологии и развития речи «Логос», учредитель Общественной организации психологической службы и исследований.

### **DEVELOPMENT OF PRACTICAL PSYCHOLOGY IN AZERBAIDZHAN**

**Tarana Mammadova Qazanfar**, mammadovatarana@mail.ru – The director of Psychologic and speech disorder centre Logos and Centre for Psychological Services and Research.

В силу того, что практическая психология в Азербайджане начала развиваться лишь в 90-х годах, она еще не заняла должную нишу среди прочих отраслей. Однако, начиная с 2000-го года, интерес к психологии резко возрос: высшие учебные заведения начали подготовку специалистов в данной сфере, стали открываться первые психологические центры, а общество приняло мысль, что психолог – это профессионал, лечащий душу словом. Появилась дифференциация между компетенцией психиатра и психолога, которые ранее не имели четкого разграничения.

Невзирая на стремительный рост специалистов, желающих найти свое место в данной области, актуальной проблемой на сегодняшний день все же является нехватка квалифицированных, дипломированных психологов, знающих свое дело и способных помочь другим. Ведь для этого необходим ряд качеств, таких как беспристрастность, объективность и толерантность, владение которыми – отличительный признак профессионала.

Центр психологии и развития речи «Логос» является одним из ведущих психологических центров страны, в стенах которого высококвалифицированные специалисты с опытом практической деятельности помогают людям разобраться в своих проблемах, улучшая качество их жизни. Исходя из количества запросов и продолжительных наблюдений, мы выделяем несколько категорий проблем, препятствующих благополучию и душевной гармонии, с которыми наши специалисты

блестяще справляются. К ним относятся проблемы межличностных отношений супругов, детские психологические травмы, проблемы с физическим здоровьем и их последствия, стрессы и посттравматические стрессовые синдромы.

Руководство «Логоса» особое внимание уделяет психологическому просвещению населения и повышению квалификации специалистов. С этой целью приглашаются специалисты из Санкт-Петербурга, Москвы, Германии и Турции. В настоящее время специалистами «Логоса» используются техники когнитивно-поведенческой психотерапии, отточенные на семинаре, проведенном доктором медицинских наук Т.А.Караваевой. Выявление качеств, существенных для психологической устойчивости и психического здоровья, свойств и характеристик направлено на реконструкцию личности, ее развитие и рост. В рядах наших специалистов — детские психологи, семейные психологи, психотерапевты, логопеды, психо-педагоги, специалисты по лечебной физкультуре и корректирующему массажу.

#### **АВТОРСКИЕ МОДЕЛИ СУПЕРВИЗИИ В НЕПРЕРЫВНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

**Городнова Марина Юрьевна**, mgorodnova@yandex.ru — доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

#### **THE AUTHOR'S MODEL OF SUPERVISION IN CONTINUING MEDICAL EDUCATION**

**Gorodnova Marina Yurievna**, mgorodnova@yandex.ru — associate Professor North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Public Health of the Russian Federation.

Приоритетной целью непрерывного медицинского образования врачей-психотерапевтов является совершенствование профессиональных компетенций, что наилучшим способом обеспечивается супервизионной практикой. Считаем необходимым, наряду с теоретическими ежегодными 36 часовыми обучающими программами, обеспечивающими получение условных единиц, внедрять супервизию, рассматривать ее как симуляционный курс, совершенствующий профессиональные навыки специалиста.

На кафедре разработаны и реализуются авторские модели супервизии, показавшие свой потенциал в коррекции синдрома эмоционального выгорания, распространенного среди специалистов психиатрического профиля. Целью обучающей модели супервизии в группе Н.В. Александровой и М.Ю. Городновой является осознание технологии использованной психотерапии и психологической коррекции, а для психиатров — осознание целостности, преемственности и многоступенчатости диагностического, дифференциально-диагностического, лечебного и профилактического процессов в заявленном случае. Данная модель базируется на когнитивно-поведенческом подходе, что обусловило преобладание информирования и предписания с наименьшим использованием побуждающих к самоисследованию каталитических супервизионных интервенций, а терапевтическая сессия, стратегии и интервенции преобладают в фокусе исследования.

Фокусом модели групповой обучающей супервизии Городновой М.Ю. и Коломиец И.Л., разработанной в рамках гештальт-подхода, являются параллельные процессы, разворачивающиеся в терапевтических, индивидуальных и супервизионных отношениях, катарсические и каталитические супервизионные интервенции преобладают в ее реализации.

Обе модели сравнимы в своем саногенном потенциале в коррекции синдрома эмоционального выгорания, обеспечивая сохранение профессионального здоровья, наряду с совершенствованием необходимых профессиональных компетенций.

#### **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЛЬМОТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАДАПТАЦИИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ**

**Григорьева Инесса Викторовна**<sup>1</sup>, inessgrig@mail.ru, **Кралько Алексей Аркадьевич**<sup>2</sup>, **Петренко Ирина Михайловна**<sup>3</sup>, **Ладос Анастасия Васильевна**<sup>4</sup>, **Сергеенко Илона Валерьевна**<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ведущий научный сотрудник, государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

<sup>2</sup>заведующий Республиканским центром наркологического мониторинга и превентологии государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

<sup>3</sup>научный сотрудник, государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

<sup>4</sup>лаборант, государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

<sup>5</sup>лаборант, государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

#### **THE POSSIBILITY OF USING CINEMA THERAPY IN THE PROCESS OF READAPTATION OF PATIENTS OF MEDICAL-LABOR DISPENSARIES**

**Grigoryeva I.V.**<sup>1</sup>, **Kralko A.A.**<sup>2</sup>, **Piatrenka I.M.**<sup>3</sup>, **Lado A.V.**<sup>4</sup>, **Sergeenko I.V.**<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Leading Researcher, Republican Research and Practice Center for Mental Health.

<sup>2</sup>Head of the Republican Center for Narcological Monitoring and Preventology of the Republican Research and Practice Center for Mental Health.

<sup>3</sup>Research Officer, Republican Research and Practice Center for Mental Health, Republic of Belarus.

<sup>4</sup>Assistant, Republican Research and Practice Center for Mental Health.

<sup>5</sup>Assistant, Republican Research and Practice Center for Mental Health.

В настоящее время в Беларуси имеется практика направления граждан с синдромом зависимости от алкоголя и привлекавшихся в течение года три и более раза к административной ответственности, в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) для медико-социальной реадaptации с обязательным привлечением к труду.

На наш взгляд, одним из инструментов для медико-социальной реадaptации может служить фильмотерапия (кинотренинг) – современный метод групповой психокоррекции с использованием кино, объединяющий искусство и психологию в действенный инструмент самопознания и личностного роста. Результативность данного метода подтверждена рядом исследований. Так, по данным В. Woltz (2005), Карповой Н.Л. и Шувикова А.И. (2006), Березина С.В. (2008, 2010) кинотренинг может использоваться как метод, способствующий преодолению алкогольной анозогнозии и повышению приверженности к терапии и труду.

Включение фильмотерапии актуально в комплексе медико-социальной реадaptации по отношению к лицам, находящимся в условиях ЛТП.

Цель исследования – разработка комплексного метода реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с применением трудотерапии в условиях ЛТП.

Задача: включение фильмотерапии в комплексный метод реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя для оптимизации реабилитационного процесса с использованием внутренних личностных ресурсов пациентов.

Основные цели фильмотерапии: развитие рефлексии; актуализация и проработка подавленных эмоций и чувств; отреагирование психотравмирующих переживаний; гармонизация эмоционального состояния личности; изменение стереотипов поведения и коррекция социально-психологических установок и ценностных ориентаций; нравственное и духовное воспитание.

Процесс включения фильмов нами соответствовал следующим критериям:

- 1) возможность фильма сфокусировать внимание на конкретной проблеме, актуальной для пациента (алкогольная зависимость, семейные конфликты, переживание неконтролируемых негативных эмоций);
- 2) основное содержание фильма аллегорически показывает возможность преодоления проблемы и личностного роста;
- 3) герои фильма демонстрируют личностные качества и модели поведения, которые необходимо развить у пациента (преодоление зависимого поведения, ответственность, трезвомыслие и т.д.).
- 4) основные социально-психологические характеристики героев фильма (пол, возраст, социальный статус) соответствуют тем характеристикам пациентов, которые создают психотерапевтическое воздействие через механизм проекции.

Апробация использования фильмотерапии определила повышение мотивационной заинтересованности в собственном реабилитационном процессе, улучшение эмоционального контакта и повышение комплаентных отношений между специалистами, участвующими в процессе реабилитации, и пациентами.

Таким образом, применение фильмотерапии в комплексной медицинской реабилитации является тем компонентом, который способствует оптимизации реабилитационного процесса, повышению мотивации на лечение и улучшает комплаентные отношения со специалистами.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ В ИНИЦИАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЭПИЛЕПСИИ**

**Громов Сергей Александрович**, epilepsy-net@yandex.ru – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения органических психических заболеваний и эпилепсии; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М. Бехтерева».

**Липатова Людмила Валентиновна**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения органических психических заболеваний и эпилепсии; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М. Бехтерева».

**Якунина Ольга Николаевна**, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения лечения органических психических заболеваний и эпилепсии; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М. Бехтерева».

### **PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS AND CORRECTION IN THE INITIAL PERIOD OF EPILEPSY**

**Gromov Sergey Alexandrovitch**, epilepsy-net@yandex.ru – Professor, Ph.D., Sc.D., Principal Researcher of Epilepsy Department; St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Lipatova Lyudmila Valentinovna**, Ph.D., Sc.D., Principal Researcher, Head of the Epilepsy Department; St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Yakunina Olga Nikolaevna** Ph.D., Sc.D., Senior Researcher of the Epilepsy Department; St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Психологическая диагностика особенностей личности взрослых больных эпилепсией в начальном периоде заболевания обеспечивает раннее выявление возможных нарушений и предупреждает формирование стойкого психического дефекта, который наряду с эпилептическими припадками, является фактором дезадаптации больного. Порой роль припадков отодвигается на второй план, а на первое место выступают характерологические изменения, приводящие к нарушению функционирования больного в обществе. Именно поэтому разработке вопросов ранней диагностики и коррекции изменений психической деятельности больных эпилепсией придается большое значение. У большинства больных выявляются астенические проявления, не резко выраженная замедленность психических процессов, нарушения мышления и другие отклонения, на базе которых формируются вторичные личностные образования. У пациентов на начальных этапах болезни, включающих первые три года, имеются и невротические расстройства, которые в дальнейшем могут трансформироваться

под влиянием эпилептического процесса. Иногда в инициальном периоде заболевания больные активно жалуются на ослабление когнитивных функций и изменения характера не предъявляют. Однако при целенаправленном опросе удается выяснить, что с момента начала болезни у них появляется страх повторения приступов, а также связанных с ними осложнений жизни. Большое значение имеет отношение больного к своему заболеванию. У ряда больных отмечается недооценка тяжести своего состояния, они считают его результатом экстремальных ситуаций. Некоторые больные амнезируют свои приступы, или они возникают во время сна и не осознаются больным. Здесь возможно отрицание больным самого факта болезни, а, следовательно, и необходимости лечения. Имеется и другая категория больных, обладающих ипохондрическими, тревожно-мнительными чертами, а также представлениями о неизлечимости эпилепсии. Они склонны преувеличивать тяжесть заболевания. Формирование изменений личности больных эпилепсией идет параллельно развитию болезни. По мере эпилептизации мозга и изменений социального функционирования больного степень их выраженности нарастает. При своевременном диагностировании изменений личности, адекватной противозепилептической терапии и купировании приступов наступает стабилизация болезненного процесса с последующим регрессом как пароксизмальных, так и личностных расстройств. Проведение соответствующих психокоррекционных мероприятий позволяет обеспечить более стойкие результаты комплексной противозепилептической терапии.

#### **КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ**

**Деларю Владимир Владимирович**, vvdnvd@gmail.com – профессор кафедры общей и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета.

**Юдин Сергей Александрович**, профессор кафедры фтизиопульмонологии Волгоградского государственного медицинского университета.

#### **COPING STRATEGIES AND TYPES OF ATTITUDE TO THE DISEASE IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS**

**Delaryu Vladimir Vladimirovich**, vvdnvd@gmail.com – Professor of General and Clinical Psychology Department, Volgograd State Medical University.

**Yudin Sergej Aleksandrovich**, Professor of Phthisiopulmonology Department, Volgograd State Medical University.

С помощью опросника способов совладания Р.Лазаруса и С.Фолкман («Ways of Coping Questionnaire», WCQ); методики диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В.В.Бойко и методики диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ) были обследованы 64 больных туберкулёзом лёгких лиц (37 – с впервые выявленным и 27 – с повторными обострениями).

У пациентов с впервые выявленным туберкулёзом преобладали такие копинг-стратегии как конфронтация, дистанцирование, стратегия бегства-избегания (в меньшей степени – поиск социальной поддержки); доминирующая стратегия в общении – избегание; наиболее выраженными были сенситивный, эргопатический и тревожный типы отношения к болезни; далее шли гармоничный, неврастенический и анозогнозический; менее всего были выражены дисфорический, ипохондрический, эгоцентрический, паранойяльный, меланхолический и апатический типы (с характерным одновременным сочетанием нескольких типов, что говорит о диффузности, малой сформированности конкретного отношения к болезни и лечению).

При хроническом течении преобладала агрессивная стратегия общения; наиболее выражены были меланхолический, неврастенический и апатический типы; далее шли ипохондрический, дисфорический, тревожный, эгоцентрический и анозогнозический; менее всего были выражены сенситивный, паранойяльный, эргопатический и, особенно, гармоничный типы были не выражены (соответственно вопросы даваемых социальных оценок со стороны окружающих, собственной профессиональной деятельности и информации о заболевании не относились к значимым в отличие от пациентов с впервые выявленным туберкулёзом; во всех случаях  $p < 0,05$ ).

Таким образом, большинство больных туберкулёзом лёгких лиц, особенно при повторных обострениях, часто используют неадаптивные стратегии совладания, прибегают к неконструктивным моделям поведения в общении и характеризуются непродуктивным реагированием на заболевание и лечение, что снижает комплаентность и эффективность терапии.

Это предполагает психологическое сопровождение данного контингента пациентов, предполагающее, в частности, профилактику некомплаентности, которое у лиц с первично выявленной патологией, вследствие большей позитивности выявленных у них медико-психолого-социальных паттернов, представляется особенно актуальным для успешности реабилитационного процесса.

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ EMDR МЕТОДА ПРИ РАБОТЕ С БЕЗРАБОТНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ**

**Десятник Надежда Владимировна**, nadya-10nik@yandex.ru – заместитель начальника отделения профессионального обучения, профориентации и психологической поддержки АЗН Московского района. Агентство занятости населения Московского района Санкт Петербурга.

#### **THE USE OF EMDR METHOD WHEN WORKING WITH THE UNEMPLOYED CITIZENS**

**Desyatnik Nadezhda Vladimirovna**, nadya-10nik@yandex.ru – Deputy head of Department of vocational training, vocational guidance and psychological support AZN of Moskovsky district. The employment Agency of the Moscow district of St. Petersburg.



Важная задача, для решения которой проводится поиск реальных путей помощи людям жить жизнью, в которой было бы меньше стрессов, вызванными потерей работы. Зачастую сложности у людей возникают при собеседовании с работодателем, когда достаточно малейшего напоминания о неприятном событии, чтобы спровоцировать сильную эмоциональную реакцию. Такое воспоминание служит спусковым крючком, который возвращает человека обратно, в первоначальное переживание боли, страха, беспомощности. EMDR метод, основанный на модели адаптивной переработки информации, позволяет помочь человеку: а) «достать» имеющийся негатив из неосознаваемого; б) переработать его.

Причём «справиться с последствиями» — это не только избавиться от стресса, но и провести внутреннюю работу, необходимую для стабильных, устойчивых и глубоких личностных изменений. Проработанный таким образом негативный опыт перестаёт напоминать о себе тягостными мыслями и переживаниями, физическим дискомфортом или негативным самоотношением. EMDR запускает естественные механизмы саморегуляции, присущие нашей психике. Так же, как наше физическое тело восстанавливается после травм, так и наша психика обладает механизмом самовосстановления. **В ходе EMDR сессии**, организованные особым образом движения глаз, сочетаются с фокусировкой на неприятном воспоминании. В результате этого происходит растворение изолированной нейронной сети, которая интегрируется во всю сеть мозга, в том числе с положительным опытом и доступом к ресурсам человека. Постепенно воспоминания теряют негативную окраску, открывая путь к позитивным мыслям и представлениям. При этом психика не сопротивляется изменениям, ведь процесс исцеления происходит за счёт запуска естественных физиологических механизмов. Эффективность психологической помощи при работе с травмой потери занятости значительно возрастает. При этом используются как индивидуальные, так и групповые формы работы.

### **ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООТНОШЕНИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Дмитриченко Максим Сергеевич**, celiteldush@gmail.com – слушатель очной программы профессиональной переподготовки «Клиническая психология», ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

**Лаптева Елена Николаевна**, laptevaen@mail.ru – доктор медицинских наук, главный врач клиники «Ленмедцентр».

**Разина Мария Валерьевна**, mashafom91@mail.ru – медицинский психолог, ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

### **JUSTIFICATION OF THE CHOICE OF PSYCHOLOGICAL TECHNIQUES FOR STUDYING INTERRELATION OF THE SELF-RELATION AND FOOD BEHAVIOR IN PERSONS WITH EXCESS BODY WEIGHT**

**Dmitrichenko Maxim Sergeevich**, celiteldush@gmail.com – listener of the internal program of professional retraining "Clinical psychology", V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

**Lapteva Elena Nikolaevna** – Dr. Med. Sc., head of clinic Lenmedtsentr

**Razina Maria Valeryevna** mashafom91@mail.ru – clinical psychologist, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Сегодня проблема избыточного веса и ожирения особенно актуальна, поскольку является причиной развития многих заболеваний (сердечно-сосудистых, эндокринных, обменных, некоторых онкологических и др.).

По данным ВОЗ за последние 30 лет количество людей, страдающих избыточным весом увеличилось более чем в два раза, что способствует не только росту заболеваний, но и снижению продолжительности жизни, ее качества, нарушению социального функционирования, межличностного общения, появлению эмоционального дискомфорта. Неудовлетворенность своей массой тела, внешним образом, взаимодействием с окружающими, партнерскими отношениями значимо и негативно влияет на одну из базовых психологических структур – самоотношение.

Настоящее исследование направлено на выявление взаимосвязи самоотношения и особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела (ИМТ). Важным этапом исследования стало формирование комплекта психологических методик, которое осуществлялось на основании теоретико-методологических представлений, научных отечественных и зарубежных исследований, опыта работы в области психологического консультирования лиц с ИМТ. Выбранный инструментарий позволяет изучить различные характеристики самоотношения, психологические особенности личности, влияющие на формирование индивидуального типа пищевого поведения и отношения к пище.

С помощью методики ВОЗ КЖ 100 возможно оценить такие составляющие самоотношения, как самооценка, образ тела и внешность, эмоциональность, подвижность, особенности взаимодействия с противоположным полом, сексуальную активность, физический комфорт и безопасность, а так же основные характеристики качества жизни. Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) позволяет изучить отношение индивида к различным событиям жизни, возможность принятия ответственности за них или склонность перекладывать ее на окружающих, что проявляется, в том числе, и в формировании своего внешнего образа и настроенности на коррекцию массы тела. Одной из психологических характеристик, влияющих на пищевое поведение, является перфекционизм, уровень которого оценивает «Многомерная шкала перфекционизма» П.Л.Хьюитта и Г.Л.Флетта. Непосредственно исследовать отношение к приему пищи позволяет применение Голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire — DEBQ) – выделяющего ограничительный, экстернальный и эмоциогенный тип переедания и опросника пищевых предпочтений (EAT-26), который верифицирует пациентов с анорексией и булимией.

Полученные данные создают возможность более персонализировано дифференцировать психотерапевтические и психокоррекционные интервенции в рамках когнитивно-поведенческого подхода, который доказано эффективен в терапии пациентов с повышенной массой тела, в том числе выявить и изменить индивидуальные дисфункциональные когнитивные установки, скорректировать дисгармоничное самоотношение, сформировать адаптивное пищевое поведение.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СОТРУДНИКОВ ПРИ РАБОТЕ В ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СРЕДЕ**

**Енин Кирилл Александрович**, k.a.enin@yandex.ru – клинический психолог, Россия, Нижний Новгород, Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн.

**Енина Виктория Владимировна**, врач-психотерапевт, Россия, Нижний Новгород, Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн.

#### **THE APPLICATION OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING FOR THE CORRECTION OF DYSFUNCTIONAL CONDITIONS WHILE OPERATING IN AN ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT**

**Enin Kirill Alexandrovich**, k.a.enin@yandex.ru – clinical psychologist, Nizhny Novgorod regional neurological hospital of the war veterans. Russia, Nizhny Novgorod.

**Enina Viktoriya Vladimirovna**, psychotherapist, Russia, Nizhny Novgorod, Nizhny Novgorod regional neurological hospital of the war veterans.

В психологии считается установленным, что психическое состояние (ПС) сотрудников организации (далее сотрудников) играет одну из ключевых ролей при решении задач профессиональной деятельности (ПД) (Н.М. Манухина, 2015). В настоящее время особое внимание уделяется типичным психическим дисфункциональным состояниям (ДС) сотрудников, т.е. длительным доминирующим состояниям, возникающим в организациях с иерархическим (бюрократическим) типом организационной культуры и оказывающим отрицательное влияние на успешность выполнения ПД. В качестве причин возникновения ДС ведущая роль принадлежит социально-психологическим факторам (конфликты с коллегами и руководителями, стиль руководства и т.д.), что требует от психолога выбора соответствующего метода психокоррекционной работы. В качестве психокоррекционного метода может быть использован социально-психологический тренинг (СПТ). Так, Немов Р.С. (2007) под СПТ понимает теорию и практику группового психокоррекционного или психотерапевтического воздействия на людей для избавления их от каких-либо проблем психологического характера, исправления поведения или улучшения состояния здоровья. В основе разработанной программы СПТ лежит представление о ДС как многомерном психическом явлении, имеющем сложную иерархическую организацию, включающую такие ведущие компоненты, как активное сознание, эмоциональный, гностический (когнитивный), телесно-моторный и мотивационно-волевой. Данные компоненты являются основными мишенями психокоррекционного воздействия. Целью программы тренинга является осознание сотрудником своего участия в формировании ДС и наличия собственных ресурсов для его коррекции. Задачи СПТ: а) расширение знаний о своих психологических особенностях, своих особенностях поведения и связи их с телом и поведением окружающих; б) понимание значения тревоги и повышенного самоконтроля в развитии ДС; в) мотивация дальнейшего участия в изменении себя; г) уменьшение тревожности, агрессивности, психического напряжения. В программу включены элементы телесно-ориентированной терапии, дыхательные техники, техники НЛП и эриксоновского гипноза. Перспективы исследования заключаются в апробации разработанной программы СПТ, которая будет способствовать психологической коррекции ДС сотрудников.

Таким образом, применение социально-психологического тренинга как метода коррекции дисфункциональных состояний обусловлена особенностями профессиональной деятельности сотрудников организации с иерархическим типом организационной культуры.

#### **ФИКСИРОВАННЫЕ (ИЗБЫТОЧНО УСТОЙЧИВЫЕ) ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСУПЕРВИЗИИ**

**Залевский Генрих Владиславович**, Usya9@sibmail.com – доктор психологических наук, профессор, заслуженный деятель наук РФ, член-корр. ГА РАО, профессор Института гуманитарных наук Балтийского федерального университета им. И.Канта и Национального исследовательского Томского университета (Калининград-Томск).

#### **FIXED FORMS OF BEHAVIOR AS A PROBLEM IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHO-SUPERVISION**

**Zalovsky Genrikh V.**, Usya9@sibmail.com – Doctor of Sci. (Psychology), professor, Baltiysky Federal University, Tomsk National Research University, Kaliningrad – Tomsk, Russia.

Под фиксированными формами поведения понимаются акты поведения индивидуальной (личность) или групповой (семья) системы, упорно повторяющиеся и/или продолжающиеся и в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения и/или изменения; при этом уровень осознания и принятия этой необходимости может быть разным. Проблема фиксированных форм поведения в контексте оказания консультативной, терапевтической и супервизорской помощи оказывается особенно актуальной, поскольку цель психотерапии – это осуществление определенных изменений, что звучит в подавляющем числе ее определений, а также затрагивает всех участников этого процесса. Так, например, для Р. Гулдинга, «психотерапия – это больше, чем искусство, это наука о том, как менять себя – менять свои мысли, чувства, поведение, а иногда и свое тело». Если же попытаться систематизировать представления о проблемах и «мишенях» изменения в процессе консультирования,

терапии и супервизии, то оказывается, что речь идет, по существу, о фиксированных формах поведения, если понимать поведение как единство Erleben und Verhalten – переживания и поведения, внутреннего и внешнего поведения. В докладе рассматривается проблема психологической помощи с позиции теории фиксированных как избыточно устойчивых форм поведения, в основании которой положена биопсихосоциоэтическая модель психического расстройства, и возможности интеграции и психотерапии, и супервизии.

#### **РАНЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПУТЕМ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

**Золотова Анастасия Николаевна**, cehhin@mail.ru – врач-психиатр кабинета социально-психологической помощи Новороссийского филиала ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер».

**Лемещук Таисия Евгеньевна**, врач-психиатр Новороссийского филиала ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер».

#### **EARLY IDENTIFICATION OF SUICIDAL TENDENCIES IN TEENAGERS IN PREVENTION WORK WITH THE HELP OF NON-DEPARTMENTAL INTERACTION**

**Zolotova Anatsiya Nikolaevna**, cehhin@mail.ru – Psychiatrist, The cabinet of social-psychological help, Novorossiysk branch Gelendzhik psychoneurological dispensary;

**Lemeshuk Taisiya Evgenevna**, Psychiatrist Novorossiysk branch Gelendzhik.

Профилактика суицидального поведения является актуальной проблемой современности. Раннее выявление суицидальных тенденций не ограничивается лишь психиатрической наукой, а также касается сфер образования, правопорядка, социальной и других. Необходимо создавать единую систему взаимодействия на уровне разных ведомств для достижения общего понимания проблемы, подходов к выявлению и решению проблемы.

Для осуществления данной программы были составлены и реализованы в 2015–2016 гг. планы межведомственного взаимодействия служб системы профилактики в муниципальном образовании г. Новороссийска. Планы взаимодействия согласовывались между службами здравоохранения, образования, комиссией по делам несовершеннолетних, министерством внутренних дел, средствами массовой информации, Новороссийской епархией. Для реализации плана Новороссийским филиалом ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК проводились мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения, способах выявления групп риска, принципов профилактики, разграничения задач каждой из структур, о правилах подачи общественности информации в случае факта суицидальных действий, тактики поведения при высказываниях о суицидальных мыслях и намерениях несовершеннолетними.

В рамках реализации данной программы проведено обучение педагогов-психологов и преподавателей учебных заведений, сотрудников полиции, врачей соматического звена по способам выявления групп риска, маршрутам и стратегиям работы при выявлении суицидального поведения. Проведены мероприятия для средств массовой информации по предотвращению подражательных суицидов. Совместно с Новороссийской епархией регулярно проводятся лекции, «круглые столы» по психообразованию для широкого круга слушателей, тренинги по укреплению антисуицидальных факторов.

Результаты проводимых мероприятий показали возможность эффективного взаимодействия специалистов системы профилактики суицидов, что позволяет выявлять на ранних этапах суицидальные тенденции и работать с группами риска, таким образом расширять охват предупреждения суицидов путем межведомственного взаимодействия.

#### **ПОВЫШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ МАГИСТРАНТОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ТРУДНОСТИ С АДАПТАЦИЕЙ В КУЛЬТУРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА**

**Зыбина Ольга Александровна**<sup>1</sup>, **Подсадная Мария Олеговна**<sup>2</sup>, **Шарт Александра Евгеньевна**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-петербургский политехнический университет Петра Великого, г. Санкт-Петербург.

<sup>2</sup>НКИОЦ «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких медицинских технологий СПбГУ, г. Санкт-Петербург.

#### **INCREASING RESISTENCE TO STRESS IN UNDERGRADUATES WHO HAVE DIFFICULTIES WITH ADAPTATION I N THE CULTURAL-EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF HIGH SCHOOL**

**Zybina Olga**<sup>1</sup> (ozakata@mail.ru), **Podsadnaya Maria**<sup>2</sup> (masha.podsadnaya@yandex.ru),

**Shart Aleksandra** (shartalexa@gmail.com )<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Peter the Great St.Petersburg Polytechnic University.

<sup>2</sup>Saint Petersburg State University, Institute of High Medical Technologies, Scientific and Medical and Educational Center "Psychotherapy and Clinical Psychology".

Проблема адаптации студентов-первокурсников к условиям обучения в высшей школе представляет собой одну из важнейших общетеоретических проблем и является традиционным предметом научных дискуссий.

Наши наблюдения свидетельствуют, что с данной проблемой сталкиваются и студенты первого курса магистратуры. Недостаточная эффективность процесса адаптации может способствовать снижению мотивации к обучению, утрате интереса к овладению выбранной специальностью, а также ослаблению стремления к самореализации как главной побудительной силы роста и развития личности.

В рамках первичного тестирования, наблюдения и бесед нами было установлено, что социально-психологическая адаптация студентов 1-го курса магистратуры Института военно-технического образования и безопасности СПбПУ Петра Великого в культурно-образовательной среде вуза протекает со значительными затруднениями, что требует повышения адаптационных возможностей с помощью психокоррекционных мероприятий.

Нами была разработана коррекционная программа, целью которой являлось повышение адаптационных возможностей и формирование стрессоустойчивости у студентов первого курса магистратуры в культурно-образовательной среде вуза.

Программа способствовала развитию навыков коммуникации и укреплению социальных связей; формированию здоровых установок и потребностей, а также положительной «я»-концепции, что содействует успешному социальному функционированию, более высокому качеству жизни, снижению риска употребления ПАВ; раскрытию творческого потенциала и внутренних ресурсов, способности к самостоятельному принятию решений, проявлению инициативы и других социально значимых свойств личности; развитию механизмов саморегуляции и способности регулировать эмоциональное состояние; усвоению опыта творческой активности и структуры творческого процесса (включающего такие «узловые» этапы, как замысел, воплощение и результат) как основы для разных видов деятельности в повседневной жизни.

Были проведены 16 групповых занятий продолжительностью 4 часа; встречи проводились один раз в неделю в течение одного семестра; они имели характерную трехчастную структуру (включающую вводную и основную части с выполнением творческих заданий и обсуждением продукции, а также заключение).

По окончании программы на основании тестирования и анкетирования у большей части исследуемых диагностировалась положительная динамика по сравнению с контрольной группой.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Ильченко Евгений Геннадиевич**, Dr\_llichenko@mail.ru – врач-психотерапевт, аспирант отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

### **THE EXPERIENCE OF PATHOGENETIC PSYCHOTHERAPY (ANALITICAL-CATHARTIC MODEL) IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS**

**Ilchenko Evgenii Gennadievich**, Dr\_llichenko@mail.ru – Psychotherapist; post-graduate student of department of borderline mental disorders therapy and psychotherapy of St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

С целью разработки краткосрочных и эффективных методов лечения больных с невротическими расстройствами проводилось пилотное исследование динамики клинико-психологических показателей при применении групповой патогенетической психотерапии (аналитико-катартическая модель). Всего было обследовано 22 пациента. Клиническими базами для апробации явились: отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева и Психотерапевтический центр ГПНДС №7.

С целью изучения изменения клинических, психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами, особенностей их социального функционирования были использованы следующие методики: специально разработанная Клиническая карта (анкета психотерапевтического интервью), SCL-90-R; «Q-сортировка»; LSI; COPE; опросник URICA; личностный дифференциал. Обследование пациентов проводилось до проведения психотерапии и сразу после. Для изучения устойчивости изменения, достигнутых в ходе лечения планируется проведение повторного обследования в катамнезе через 6 месяцев после окончания лечения.

Основными мишенями патогенетической психотерапии (аналитико-катартическая модель) являлись внутриличностные противоречия, и лежащая в их основе неадекватная система отношений.

Курс психотерапии состоял из 12 сессий по 90 минут. Основным фокусом проводимой групповой патогенетической психотерапии (аналитико-катартическая модель) являлась работа терапевта с пациентом на фоне группы. В отличие от классической психодрамы в патогенетической психотерапии (аналитико-катартическая модель) для разрешения переживаний пациента, опосредованных внутриличностными противоречиями, применяются техники, использующие проекции пациента на воображаемого значимого, без привлечения других участников группы. Интенсивная, эмоционально насыщенная работа в диаде «терапевт – пациент» позволяет с одной стороны, обеспечить персонализированный подход в условиях группового взаимодействия, с другой, – в достаточной степени вовлечь всех участников в психотерапевтический процесс, что проявляется в эмоциональном отреагировании, актуализации внутренних переживаний, проявлении адаптивных паттернов поведения.

Несмотря на ограниченное число интеракций между участниками группы, групповая динамика обеспечивалась за счет феномена идентификации членов группы с протагонистом – так называемого «созерцательного катарсиса».

В результате пилотного исследования были получены результаты, свидетельствующие о положительной динамике клинических и индивидуально-психологических изучаемых характеристик пациентов. Также отмечалась высокие показатели субъективной удовлетворенности лечения, которые оценивались на основании обратной связи пациентов, прошедших группу.

Предполагается дальнейшее проведение когортного исследования и внедрение метода патогенетической психотерапии (аналитико-катартической модель) в практику работы отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НИПНИ им. В. М. Бехтерева и Психотерапевтического центра ГПНДС №7.

## **ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ**

**Исурина Галина Львовна**, gisurina@yandex.ru – доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета.

## **INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY: ARGUMENTS FOR AND AGAINST**

**Isurina Galina Lvovna**, gisurina@yandex.ru – Associate Professor of medical psychology and psychophysiology of St. Petersburg state University.

Проблема формирования интегративной модели психотерапии широко дискутируется в профессиональном сообществе. Этот интерес обусловлен, прежде всего, основными тенденциями развития современной психотерапии, состоящими как в разработке новых подходов и методов, так и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой психотерапевтической парадигмы.

Интеграция в психотерапии понимается двояко: как использование в работе психотерапевта методов, разработанных в рамках различных направлений и как создание нового интегративного подхода, интегративной модели психотерапии. Очевидно, что ряд психотерапевтических школ или отдельные психотерапевты используют и создают методы, по сути относящиеся к иной психотерапевтической парадигме. Подобные тенденции характерны, прежде всего, для гуманистического («опытного») подхода, что обусловлено очевидным недостатком в данном направлении собственных технических приемов и конкретных методов

В качестве основных аргументов для обоснования возможности создания интегративной модели обычно рассматривается наличие так называемых общих факторов психотерапии – общих изменений, происходящих с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических методов; общих элементов стиля и стратегий психотерапевта вне зависимости от его теоретической ориентации; общих этапов, характерных для любого психотерапевтического процесса. Однако, совершенно очевидно, что общие факторы психотерапии определяют лишь спектр проблем, которые должны быть разработаны в той или иной психотерапевтической системы и наполнены собственным содержанием, вытекающим из общей теоретической подходов.

Теоретической основой психотерапии является научная психология. Для создания интегративной модели психотерапии необходима интегративная личностная теория и интегративная концепция нарушений, которых не существует, и для создания которых нет теоретических предпосылок, поскольку различные теории личности основаны на различных и не согласующихся взглядах на природу человека и причины дезадаптации. Теории личности, лежащие в основе психотерапевтических направлений, имеют различные исходные положения, касающиеся природы человека; и согласованности по этим положениям вряд ли можно достичь. Соответственно, не существует и общих представлений о природе и основных факторах дезадаптации и личностных нарушений. Таким образом, отсутствуют интегративные модели нормы и патологии, без которых создание интегративной психотерапии невозможно.

## **ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Кабанова Лилия Ивановна**, Lila31@yandex.ru – д.ф.н. профессор ПетрГУ.

## **PHENOMENOLOGICAL AND EXISTENTIAL PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE**

**Kabanova Lilia Ivanovna**, Lila31@yandex.ru – Doctor of philosophical Sciences, Professor, Petrozavodsk State University.

Целью данных заметок является обращение к достаточно непростому опыту взаимодействия феноменолого-экзистенциальной философии и практической психологии. Надо отметить, что исследовательское поле феноменолого-экзистенциальной аналитики и анализа в практическом их воплощении хоть и объемно, но достаточно слабо структурировано на сегодняшний день. Наряду с бихевиористским, «гештальтистским», психоаналитическим и когнитивным направлениями в психологии, да и по сравнению с ними, экзистенциально-феноменологическое направление находится в определенной оппозиции, хотя мы и видим примеры того, как феноменология используется, например, в гуманистической психологии. Между тем, использование метода, как одного из возможных, наряду с другими, не характеризует данный «мезальянс», как прочный и успешный.

Основным отличием психологии от философии является то, что психология это наука, а философия это образ мысли, опыт мышления. Поэтому с момента становления и осознания себя в качестве науки, психология, вслед за корпусом естественных наук, опирается на естественнонаучные методы. Она исследует процессы взаимосвязи объективно-реального мира, то есть психические процессы. Мир психики сводится к неким биолого-детерминистским компонентам, явлениям, поведенческим механизмам. В 20-е годы 20 столетия установка на биолого-детерминистские основания психического отчетливо проявилась, например, в бихевиоризме, заняв прочные позиции в психологической практике.

Все же в начале 20 столетия возникает серьезный сдвиг в опыте осмысления мира психического. Франц Brentano пытался построить психологию на основе изучения внутреннего опыта человека. В. Дильтей заявил о единстве психической жизни как о единстве переживаний, актуализирующей инструментальной дескриптивной психологии (описание и понимание). С появлением феноменологии Гуссерля возникло новое понимание психологии и, главное, ее новых возможностей, потому что ее основным отличием от философии как раз является максимальная приближенность к практической сфере человеческой жизни, к той сфере, в которой становится возможным реализация неких аксиоматических понятий. Уже в дальнейшем Хайдеггер скажет о том, что общепринятые в психологии «капсулоподобные» представления о психике, субъекте, личности должны уступить место пониманию человека, как вот-бытия (Dasein).

Искренняя заинтересованность Хайдеггера в распространении своих идей на область прикладную, его семинары по психиатрии, разворачивают впечатляющий топос “экзистенциальной аналитики Dasein”, на основании которого вырастают все известные сегодня имена и техники в области экзистенциального анализа. Экзистенциальный анализ – это установка, подход к людям (а не школа или группа), в основе которой – поиск и обретение аксиоматических оснований психологического опыта человека.

#### **АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ С КРОСС-КУЛЬТУРНЫМИ СЕМЬЯМИ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ**

**Камалова София Цихиловна**, orpl.doc@gmail.com – психолог, переводчик, ученый секретарь Центрального совета Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, исполнительный редактор Профессиональной психотерапевтической газеты, заместитель главного редактора сетевого научно-практического издания «Антология Российской психотерапии и психологии».

#### **ACTUALITY OF WORKING WITH CROSS-CULTURAL FAMILIES IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING**

**Kamalova Sofiya Ts.** – psychologist, interpreter, scientific secretary, Professional Psychotherapeutic League of Russia, executive editor, «Professional Psychotherapeutic Newspaper», deputy editor-in-chief, «Anthology of Russian Psychotherapy and Psychology».

Проблема исследования кросс-культурных (межкультурных, транскультурных) семей и работы с ними приобретает все большую актуальность для современной психотерапии и психологического консультирования.

В большинстве западных стран число межкультурных браков неуклонно растет с 60х годов XX века. По данным Бюро переписи населения США, в 2010 году около 15% всех браков, заключаемых на территории США, являются межкультурными. По сравнению с 1980 годом, число таких браков выросло более чем в 2 раза. Сходные данные получены в странах Европы. Из 2,2 млн. браков, ежегодно заключаемых на территории Евросоюза, порядка 350 тыс. пар относятся к различным этносам и культурам.

По итогам Всероссийской переписи населения 2010 года, 12% пар в России являются этнически разнородными, при этом ежегодно в России заключается 3-4% браков с иностранцами.

Кросс-, или межкультурными являются семьи, члены которых имеют различную расовую, этническую, национальную или религиозную принадлежность.

Понятие «культура» в широком смысле сочетает в себе ценности, убеждения, верования, обычаи и привычки, составляющие личность индивида и способствующие формированию чувства принадлежности, чувства «мы», противопоставленного «они».

Выделяется три типа кросс-культурных семей по типу пересечения культур в поколениях. Культуры в семьях могут пересекаться на трех уровнях: на уровне одного поколения, когда супруги являются выходцами из различных культур; на пересечении поколений – в детско-родительских отношениях, когда ребенок бикультурален или является носителем культуры, отличной от родительской (например, при международном усыновлении); либо вне поколений – например, семья мигрантов, проживающая в инокультурном обществе.

На уровне пересечения культур в рамках одного поколения отдельно выделяются межэтнические (межрасовые, межнациональные, этнически смешанные) браки, заключаемые между супругами, принадлежащими к разным этносам. При этом возможно разграничение между понятиями «межнациональный брак», заключаемый между гражданами разных государств, и «межэтнический брак», предполагающий бракосочетание жителей одной и той же страны.

#### **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ**

**Караваяева Татьяна Артуровна**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева, Вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации.

**Смаковская Ева Станиславовна**, evasmakovskaya@gmail.com – студентка 5 курса факультета психологии СПбГУ.

#### **COMPARATIVE STUDY OF EMOTIONAL AND SOCIAL MALADJUSTMENT IN PERSONS WITH NEUROTIC DISORDERS AND HEALTHY PERSONS WITH SOCIAL FEARS**

**Karavaeva Tatiana Arturovna**, doctor of medical science, chief researcher, head of department of borderline disorders treatment and psychotherapy Saint-Petersburg NIPNI n. V.M. Behterev, Vice-President of the Russian Association of Psychotherapy

**Smakovskaya Eva Stanislavovna**, evasmakovskaya@gmail.com – 5th year student of SPSU psychological faculty.

Актуальность и значимость исследования лиц с социальной фобией обусловлена увеличением их количества, а также последствиями, к которым приводит данное расстройство невротического спектра, среди которых отмечается ухудшение качества жизни, социальная изоляция, приводящая к социальной дезадаптации, эмоциональная дезадаптация, проявляющаяся в высоком уровне тревоги, панических атаках. Кроме того, зачастую социальная фобия сочетается с депрессией, злоупотреблением психоактивными веществами и суицидальными попытками, что говорит о необходимости

своевременного вмешательства, психопрофилактики среди здоровых людей, большинство из которых имеет социальную тревожность, не достигающую уровня фобии.

Проводится пилотное исследование различий между группой лиц с невротическими расстройствами и группой здоровых людей, имеющих социальные страхи. По мнению исследователей, в ситуации оценивания лица с социальной фобией под влиянием аффекта теряют контроль над целенаправленностью речи и действий, что отражается на восприятии ситуации, воспоминаниях о ней, и влияет на выбор стратегий совладающего поведения. Такие люди имеют завышенный уровень притязаний и конфликт мотива достижения успеха и мотива избегания неудач, благодаря чему возникает ограничительное поведение, выраженное избегание социальных ситуаций.

Основываясь на теоретических описаниях и эмпирических исследованиях, были выбраны несколько параметров для сравнения: уровень страха в социальных ситуациях, личностная и ситуативная тревожность, копинг-стратегии и ограничительное поведение. Использовались следующие методики: «Интегративный тест тревожности», «модифицированный тест социофобии М. Либовица», «Способы совладающего поведения Лазаруса».

Данное исследование показывает частоту встречаемости различных социальных трудностей в исследуемых группах, различия в эмоциональной и социальной адаптации, особенности выбора стратегий совладающего поведения у больных неврозом и здоровых людей, имеющих социальные страхи. Результаты исследования могут послужить основой для последующего анализа мишеней психотерапии, а так же для разработки программ обучения адаптивным паттернам поведения в стрессовой ситуации для лиц с социальной фобией и социальной тревожностью.

Социальные страхи как у здоровых, так и у больных людей могут приводить к социальной и эмоциональной дезадаптации; лица с социальными страхами используют неадаптивные копинг-стратегии.

### **РАЗВИТИЕ ДИАЛОГОВЫХ УМЕНИЙ УЧАЩИХСЯ В ХОДЕ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ**

**Кибардина Мария Петровна**, mari.kibardina@mail.ru – кандидат педагогических наук, доцент кафедры русского языка как иностранного Вятского государственного университета. Киров, Россия.

#### **DEVELOPING STUDENTS' DIALOGICAL SKILLS IN RESOLVING CONFLICTS**

**Maria P. Kibardina**

В связи с введением ФГОС нового поколения особую значимость приобретает развитие речи учащихся. И если проблема развития письменной речи разработана и теоретически, и практически, то обучение говорению требует внимания со стороны учёных, методистов, учителей, родителей. Устная речь может быть выражена в форме монолога или диалога. Развитие диалоговых умений предполагает способность ориентироваться в условиях общения, последовательно развивать высказывание, правильно планировать свою речь, находить адекватные средства для передачи содержания, умение аргументировать своё мнение, излагать свои мысли с достаточной степенью полноты, выражать субъективно-оценочное отношение к предмету речи.

Развитие диалоговых умений значимо для детей, учителей, родителей, так как способствует успешному разрешению конфликтов, часто возникающих среди детей.

Диалоговые умения, служащие для разрешения конфликтных ситуаций – это умение осознавать свои эмоции и эмоции собеседника, умение находить возможности кооперации в сложившейся конфликтной или конфликтогенной ситуации, умение использовать фразы, снижающие риск конфликта с соответствующей интонацией и невербальными средствами общения.

Развитие данных диалоговых умений проходит через несколько этапов, таких как: изучение реплик, провоцирующих конфликт; изучение реплик, способствующих угасанию конфликта, их интонации и невербальных средств общения; разыгрывание стандартных конфликтных ситуаций и их разрешения. Такое разыгрывание происходит вначале с использованием текста-образца, затем на основе пошагового составления диалога, потом посредством создания ситуации общения. Полученный опыт разрешения конфликтных ситуаций в жизни класса анализируется под руководством медиатора или педагога, имеющего соответствующие компетенции. Следующий этап работы по развитию диалоговых умений учащихся в ходе разрешения конфликтов – знакомство с новыми стратегиями бесконфликтного общения, представленными детям в доступной образной форме. [ Психотерапия 2007 г. №12 (60) С. 18-22.]

Таким образом, процесс развития диалоговых умений учащихся в ходе разрешения конфликтных ситуаций имеет этапы, характерные особенности, требует развития соответствующих компетенций у педагогов, представляет интерес для учителей и родителей, а также для студентов факультетов педагогики и психологии.

### **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ВРАЧА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

**Климочкина Ксения Александровна**, dr.ksena@ya.ru – врач-психиатр Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения Тверской области Областного клинического психоневрологического диспансера.

#### **EXPERIENCE IN APPLYING THE RESULTS OF SCIENTIFIC RESEARCH ON THE LEVEL OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN PRACTICE PHYSICIAN PSYCHO-NEUROLOGICAL CLINIC**

**Klimochkina Ksenia Alexandrovna**, Regional clinical psychoneurological dispensary of Tver region.

Вопросу комплаенса у больных параноидной шизофренией посвящен ряд научных исследований, подчеркивающих комплексность проблемы. Формирование комплаенса определяется факторами, наиболее существенными из которых

признаются: психологические особенности личности пациента и клинической картины заболевания, медикаментозное лечение, терапевтический альянс и влияние социального окружения. Эффективными методами оптимизации комплаенса считаются семейные интервенции, когнитивно-поведенческие техники, психосоциальная помощь, в т.ч. психообразование, мотивационное интервью и комплаенс-терапия.

В целях совершенствования практических подходов в работе врача-психиатра ПНД внедрены результаты научных исследований по проблеме комплаенса. Организована психообразовательная работа с пациентами и их родственниками, которая носит не только информационный характер, но и формирует терапевтический альянс, повышает приверженность терапии, создает мотивационную основу для эффективного психотерапевтического вмешательства, позволяет реорганизовать социальное окружение больного и его семьи. Проводятся занятия, с целью информирования о сущности заболевания, способах его лечения, разъяснения механизмов действия лекарственных препаратов, предупреждения о возможных нежелательных эффектах терапии и предоставления пациенту возможности участвовать в обсуждении лечения, что значительно повышает степень приверженности терапии. При этом индивидуально учитываются такие особенности личности пациента, как механизмы приспособительного поведения, убеждения и взгляды пациента на болезнь и ее лечение, тип внутренней картины болезни, субъективная удовлетворенность больного проводимой терапией, что является важной составляющей персонализированного подхода в лечении, основывающегося на биопсихосоциальной концепции природы психических расстройств. Также, качество комплаентности зависит от клинических особенностей течения заболевания, его динамики на фоне психофармакотерапии, осознании болезни, выраженности когнитивных нарушений и коморбидной патологии. Все это учитывается в формировании индивидуальной терапевтической стратегии и направленно на повышение эффективности лечения.

Несмотря на то, что в научных исследованиях комплаенс при шизофрении широко изучен, приоритетом дальнейшей разработки этой проблематики должно стать широкое внедрение методов повышения комплаентности в практическом здравоохранении, оптимизация организационных аспектов психиатрической помощи.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ И ЭМОЦИИ**

**Козловская Лариса Ивановна**, [larisa\\_kozlovska@mail.ru](mailto:larisa_kozlovska@mail.ru) – доцент, кафедра психотерапии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова.

### **PSYCHOTHERAPY AND EMOTIONS**

**Kozlovskaya Larisa Ivanovna**, [larisa\\_kozlovska@mail.ru](mailto:larisa_kozlovska@mail.ru) – Associate professor (docent), Department of Psychotherapy and sexology, North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov.

Гештальт является одним из интегративных подходов, ибо он занимается тем, что происходит с человеком в целом. Современный человек разучился чувствовать, осознавать свои эмоции и, как следствие, утратил способность понимать самого себя.

Гештальт внимателен к чувствам и эмоциям. Ведь они всегда в настоящем и всегда говорят, нравится нам или нет происходящее. И каково же отношение к эмоциям в современном мире? Часто – высокомерно-пренебрежительное. Подавление эмоциональных проявлений часто говорит о том, что человек не справляется со своими эмоциями, не владеет ими и, как следствие, подавляет их.

В действительности же человек, высокомерно смотрящий на тех, кто проявляет эмоции, боится их. Эмоциональные люди для него опасны, ибо будят его собственные эмоции, с которыми он не знает, что делать. Ведь подавляем мы в себе то, чего боимся, чем не способны управлять, чем не владеем. Подавление эмоций становится привычкой, и постепенно человек перестает осознавать свои чувства. Теряя понимание самого себя, он все острее осознает свое одиночество.

А презрение к эмоциям вырабатывается с детства, благодаря родителям, которые, желая своему ребенку самого лучшего, пытаются оградить его от переживаний и неуспеха или, другими словами, от обретения собственного опыта, который на самом деле делает человека сильным, открывая весь потенциал его возможностей и способностей.

Учитывая то, что Гештальт-подход делает акцент на эмоциональном проживании опыта, психотерапевт, не имеющий контакта с собственными чувствами, не может быть эффективен как Гештальт-терапевт.

Возможность проживания опыта, которую получает клиент во время Гештальт-терапии, фактически, делает фигурой его душевные переживания, изменяющиеся в каждый момент времени, благодаря существованию тесной динамичной связи с актуальной ситуацией. Перенеся акцент с окружающей обстановки на самого себя клиент обретает шанс осознания истинного положения вещей и принятия собственного решения по его изменению.

Очевидно, что именно недостаточное осознание своих эмоциональных состояний мешает человеку пользоваться ими себе во благо. Того, чем мы не владеем, мы боимся. Вероятно, этим можно объяснить и страх людей перед эмоциями, а все рассуждения, расценивающие проявления эмоциональности как слабость, являются лишь рационализацией ситуации, которой не владеешь.

## **СЕМЕЙНЫЕ ФОТОГРАФИИ КАК СРЕДСТВО РАСШИРЕНИЯ СОВЛАДАЮЩЕГО РЕСУРСА ЛИЧНОСТИ И СЕМЕЙНОГО КОПИНГА**

**Кокоренко Виктория Леонидовна**, [vkokorenko@yandex.ru](mailto:vkokorenko@yandex.ru) – доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

### **FAMILY PHOTOS AS A MEANS TO PROMOTE COPING RESOURCE OF THE PERSON AND FAMILY COPING**



Коллектив кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в течение многих лет занимается разработкой нового научного направления – *клинической психологии семьи*. Семья, в которой родился больной ребенок (вне зависимости от характера патологии), становится особой группой с присущей только ей атмосферой межличностных отношений. Психологический микроклимат такой семьи, с одной стороны, отражает ее адаптацию к ситуации хронического заболевания ребенка, а, с другой, – к окружающему «здоровому» миру [1]. Семья с больным и/или проблемным членом (ребенком с особенностями развития) нуждается в оказании разноплановой (в том числе – психологической) помощи [2].

Совместно с Социальной школой «Каритас» был реализован благотворительный проект [3], в котором семьям с особым ребенком была предоставлена возможность принять участие в фотосессии. В интерьерах профессиональной студии вместе с фотографом Н. Маловой семьи создавали невероятную атмосферу новогоднего праздника, красоты и добра, стремились передать пожелания всем семьям – радости, любви и семейного тепла. Часть фотографий была передана участникам в течение нескольких дней после фотосъемки, а через 6 недель была организована тематическая встреча, посвященная обсуждению этого события – участия семей в фотопроекте, с совместным просмотром фотографий и вручением дисков с полным фотокомплексом каждой семьи.

На встрече участники говорили о том, что фотосессия стала для них очень важным *событием*: вопрос участия обсуждался со всеми членами семьи, принималось совместное решение; к фотосъемке готовились (члены семьи корректировали свои текущие планы, намечали, как будут добираться, что взять с собой, как будут выглядеть, что наденут и т.д.); отмечали, что были некоторая тревога и волнение (как будут реагировать их дети, что и как будет происходить в студии); вспоминали, что сам процесс (встреча в студии, взаимодействие с визажистом, фотографом, с близкими в процессе съемки) был несколько хаотичным, но интересным, легким и приятным, и только по завершении и уходу домой чувствовалось, как все устали; говорили о приятном удивлении от того, как свободно и творчески вели себя «особые» дети, как легко они отзывались на то, что просил и предлагал фотограф, как дети были адекватны и терпеливы; отмечали свои яркие впечатления от красоты в студии, которой очень хотелось соответствовать; делились тем, с каким нетерпением и предвкушением они ждали первых готовых фотографий и как были потрясены увиденным, как звонили своим родственникам, друзьям и знакомым – рассказывали об этом и показывали фотографии, как слушали – что говорят и как воспринимают эти фото окружающие...

*Событие* – это значимое для субъекта изменение в окружающей действительности, в его поведении и внутреннем мире. Можно утверждать, что эта фотосессия для семей с особым ребенком стала тем явлением, которое естественным образом объединяет разных людей (детей и взрослых), задает общее содержание для восприятия, переживания и осмысления, будит желание поделиться впечатлениями, всмотреться и вслушаться в себя и своих близких, сделать шаг от собственного мнения к позиции другого, довериться, открыть себя и мир своей семьи для других людей.

При рассмотрении задач и эффектов фотопроекта с точки зрения психологической помощи и психотерапевтического воздействия, очевидно, что основным методом выступает арт-терапия (вариант фототерапии для работы с образом «идеального Я» личности членов семьи и семьи с особым ребенком - как коллективного субъекта). В парадигме стресса и копинга (Р. Лазарус, А. Каннер, С. Фолкман) – *позитивные эмоции* выступают «движущей силой», мотивирующей копинг, «глотком свежего воздуха», дающим передышку в состоянии отчаяния, и «строительным материалом» для восстановления затраченных ресурсов [цитируется по 4]. Серия созданных семейных фотографий может способствовать поиску, созданию и осмыслению «согласованного образа «Мы», присущего функциональным семьям, выполняющего компенсаторную интегрирующую и защитную функции. Е.В. Куфтяк к числу регенеративных внесемейных факторов в ситуациях стресса семей с особыми детьми относит поддержку семьи и чувство самоуважения («...получение поддержки от общества и друзей, а также развитие чувства собственного достоинства и уверенности важны в улучшении психоэмоционального состояния ребенка с отклонениями в развитии.») [4, стр. 339]. Семейные фотографии, на которых «все мы» – красивые, дружные, любящие, веселые, счастливые, «мы» – семья, в которой хорошо и тепло каждому – на долгое время становятся ценным и мощным позитивным ресурсом для каждого члена семьи как на личностно-индивидуальном уровне, так и на групповом (внутреннем – общесемейном и внешнем – социальном). Событие, насыщенное значимыми позитивными переживаниями, запечатление и отражение их на семейных фотографиях могут являться стимулами *преобразующей активности* человека, направленной на мир, семью и самого себя.

Важно отметить, что фотопроект создает благоприятные условия для *конструктивных отношений*, возникающих на основе взаимной симпатии; общности целей, ценностей, интересов; совместной деятельности, в результатах которой заинтересованы все участники.

#### Литература

1. Кокоренко В. Л. Психологические характеристики семей, воспитывающих детей с двигательными и сенсорными нарушениями (лекция) (статья). Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин) – Москва, 2012 (12) № 2. – с. 114-123
2. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 19.02.2017).
3. <http://caritas-edu.ru/mediateka/materialy-proshedshikh-meropriyatij/inye-meropriyatija/fotoproekt/1191-novogodnie-otkrytki-2>
4. Куфтяк Е.В. Психология семьи: регуляция и защита / Е.В. Куфтяк. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011. – 384 с.

## **ОСОЗНАВАНИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ СУПЕРВИЗИИ В ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДЕ**

**Коломиец Ирина Леонидовна**, irina.kolomiec@szgmu.ru – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова.

### **AWARENESS AS A COMPONENT OF SUPERVISION IN GESTALT APPROACH**

**Kolomiets Irina L.**, irina.kolomiec@szgmu.ru – North-Western state medical University n. a. I.I. Mechnikov.

Супервизия в гештальт-подходе основывается на той же методологии, что и сама гештальт-терапия. Л. Перлз описывала гештальт-терапию как континуум осознания, свободно текущее формирование гештальтов, в котором наибольшим значением и интересом для организма, межличностных отношений, социальной группы или общества становится гештальт, выступающий на передний план, где он может быть полностью пережит и освоен, а затем исчезающий в фоне (подвергающийся забыванию, ассимиляции или интеграции), оставляя его свободным для следующего гештальта. Л. Перлз пишет о континууме осознания как основе гештальт-терапии. Супервизия – специальный процесс, происходящий между супервизором и психотерапевтом. Процесс осознания является тем, что происходит на супервизии. Супервизор способствует осознанию психотерапевтом, выступающих на передний план гештальтов, которые касаются отношений там и тогда между клиентом и психотерапевтом, возникающих здесь и сейчас в отношениях между психотерапевтом и супервизором. Сформированный гештальт ассимилируется и становится опытом психотерапевта, влияя на его представление о себе, своих возможностях и ресурсах.

Супервизор – специально подготовленный, более опытный человек, который способствует психотерапевту в формулировании супервизорского запроса, фокусирует психотерапевта на его чувствах, мыслях, действиях, поддерживает в его психотерапевтической позиции. Г.Ионтеф писал, что осознание представляет собой форму переживания, которую, не очень четко, можно определить как бытие в соприкосновении со своим собственным существованием, с тем, что есть. Осознание содержит когнитивные, сенсорные и аффективные компоненты. Человек, который словесно признает свою ситуацию, знает о ней, реагирует и чувствует, откликаясь на нее, но на самом деле не видит ее целиком, не находится во всей полноте осознания и контакта. Человек осознающий знает, что он делает, как он это делает, какими обладает альтернативами, и что именно он выбирает, чтобы быть тем, кем он есть.

Х.Сименс писал, что осознание – это путь к самоподдержке терапевта в супервизии. Начнем с конца и обратимся к понятиям «самоподдержки» и «поддержки» психотерапевта в супервизии.

Самоподдержка и поддержка – два процесса, которые позволяют психотерапевту свободно исследовать свой стиль, находится в отношениях с супервизором и обращаться за супервизией. В таком случае становится возможным соприкосновение со своим существованием как встреча психотерапевта и супервизора. Описанные процессы способствуют профилактике сопротивления в супервизорской практике.

Понятие «поддержка» относится ко всем процессам, способствующим осознанию психотерапевтом своего стиля, а именно – способа установления контакта с клиентом, а затем с супервизором (формулирование вопроса к супервизору, возможности описания своих действий и другая феноменология психотерапевта). Г.Ионтеф писал, что поддержка способствует мобилизации внутренних ресурсов на осуществление контакта или уход от него. Супервизор поддерживает процесс поддержки психотерапевта.

Психотерапевт, практикуясь в осознании и следуя его континууму, организует самоподдержку. Он осознает свои чувства, додумывает мысли и гипотезы, которые у него были, осознает свои действия там и тогда во время сессии с клиентом здесь и сейчас вместе с супервизором.

Таким образом, континуум осознания в супервизии является тем способом, благодаря которому психотерапевт в супервизии и вне нее развивает психотерапевтическое мышление и интегрирует свой психотерапевтический опыт.

## **ГРУППОВАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ГРАНИЦЫ ВОЗМОЖНОГО**

**Коновалов Павел Николаевич**, pnkonovalov@yandex.ru – руководитель Пушкинской психологической консультации, клинический психолог.

**Задорожная Ольга Валерьевна**, ov\_zador@mail.ru – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

### **GROUP RECONSTRUCTIVE PSYCHOTHERAPY IN ONCOLOGICAL PATIENTS:**

#### **LIMITS OF THE POSSIBLE**

**Konovarov Pavel Nikolaevich**, pnkonovalov@yandex.ru – Head of Pushkin Psychological Counselling Service, clinical psychologist.

**Zadorozhnaya Olga Valeryevna**, ov\_zador@mail.ru – Candidate of Medical Science, Teaching Assistant of Psychiatry and Narcology Department, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov.

В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем. По мнению ряда авторов, онкологическое заболевание свидетельствует о наличии нарушенных зависимых взаимоотношений с близкими окружающими. Типичная реакция онкологического больного на проблемы и стрессы нередко заключается в признании своей беспомощности, отказе от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые создают условия для возникновения опухоли (Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, 2013). В ходе болезни отношения с близкими становятся еще более формальными и

зависимыми. Взаимоотношения пациента с близкими фактически сокращаются до формальных процедур поддержки и содействия лечению. Таким образом, по нашему мнению, действие стрессогенных факторов, которые способствовали развитию заболевания, усиливаются и обостряется, что декомпенсирует личность, оказавшуюся наедине со своим заболеванием.

На сегодняшний день психотерапия у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, может выполнять паллиативные функции на терминальных стадиях, либо ставить перед собой задачи изменения отношения пациента к заболеванию. На компенсацию психотравмы, связанной с диагнозом и лечением, могут быть нацелены программы когнитивно-поведенческой терапии.

Мы считаем, что реконструктивная психотерапия у такой сложной категории больных, как онкологические пациенты, могла бы быть направлена на разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, что позволило бы снизить, а возможно и устранить стрессогенные факторы, способствовавшие развитию заболевания, позволить личности больного эффективно противостоять болезни. Разрешение межличностных и внутриличностных конфликтов с помощью реконструктивной групповой психотерапии, по нашему мнению, позволит значительно улучшить качество жизни онкобольных, изменить отношение к миру, окружающей действительности, повысить качество жизни.

В ходе нашего исследования, проводимого на базе волонтерской организации «Онкозащита» среди больных, страдающих онкологическими заболеваниями и их родственников, мы планируем ответить на вопросы о возможностях и границах применения реконструктивной групповой психотерапии у данной непростой категории пациентов. Нами разработана программа исследования, в которой бы мы хотели предложить участвовать всем заинтересованным лицам и организациям, всем кто сталкивается с онкобольными.

## **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Коцюбинский Александр Петрович**, AK369@mail.ru – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ул. Бехтерева, 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия.

**Гусева Ольга Васильевна**, lev\_olga@list.ru – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ул. Бехтерева, 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия.

## **DRUG-FREE METHODS IN COMPLEX STATIONARY TREATMENT OF THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS**

**Kotsubinskyi A.P.**, St. Petersburg, SRPI n.a. V.M. Bekhterev.

**Guseva O.V.**, St. Petersburg, SRPI n.a. V.M. Bekhterev.

Несмотря на признание психотерапевтических и социотерапевтических методов неотъемлемой частью современного комплексного лечения стационарных больных шизофренического спектра (ШС), представления о целях, задачах и объеме немедикаментозных воздействий существенно различаются. В отечественной практике чаще преобладает подход, основанный на медицинской (нейробиологической) модели заболевания, определяющей значение психотерапии как аддитивное, дополняющее фармакотерапию, а ее задачи формулирует как редукцию отдельных конкретных проявлений, например, нейрокогнитивного дефицита. Холистический подход, опирающийся на многомерное (биопсихосоциальное) понимание болезни, апеллирует к личности в целом и наиболее сохранным ее сторонам, в частности, делая ставку на адаптационно-компенсаторные её механизмы. В рамках этого подхода общие задачи психотерапии формулируются как повышение способности к структурным и уровневым изменениям качеств и свойств, определяющих личностную устойчивость.

Согласно нашим представлениям, задача психотерапии при расстройствах ШС заключается не в уменьшении выраженности симптомов, а в изменении внутренних психических структур и процессов, благодаря которым возрастает адаптационный потенциал личности. Эффективность психотерапии при заболеваниях ШС проявляется преимущественно в психологическом и социальном аспектах, т. е. улучшении качества жизни и адаптации. При этом ожидания клинической эффективности психотерапии должны быть достаточно реалистичными: это увеличение протяженности периода болезни с относительно мягкими проявлениями и большей личностной сохранностью; улучшение комплайенса; более адекватное отношение к факту болезни; тенденция к снижению частоты рецидивов.

Целесообразность использования той или иной формы психотерапии при расстройствах ШС в стационарных условиях определяется этапом болезни, степенью сохранности личностных ресурсов и уровнем мотивации больного; это соотносится с вопросом о показателях или их отсутствии.

Базовыми модальностями психотерапии при расстройствах ШС являются когнитивно-поведенческие, гораздо реже – психодинамически ориентированные методы, однако за последнее время четко выявилась тенденция к интеграции использования этих методов. Кроме того, общепризнанной является необходимость проведения психообразовательной работы, что диктуется задачей коррекции искажений и неадекватных представлений пациентов по поводу заболевания и способов его лечения.

Независимо от модальности применяемой групповой психотерапии, ее эффект определяется во многом неспецифическим активирующим воздействием на личность пациента, обеспечивая, «активизацию ресурсов» и «прояснение проблем» (Grawe K., 1998). Группу можно рассматривать как системообразующую основу проведения стационарного лечения, оказывающую значительное влияние на его конечный результат. Особое значение в стационарном лечении расстройств ШС имеет

терапевтическое использования среды отделения, выполняющей одновременно несколько важных функций: диагностическую, терапевтическую, мобилизующую, интерактивно обучающую, с возможностью активного и гибкого формирования группы с учетом преобладающего контингента больных. Особая среда отделения, кроме уникальных взаимоотношений врач-больной, где лечащий врач на определенном этапе в идеале должен совмещать несколько терапевтических ролей (психиатр, психотерапевт, групповой психотерапевт), включает также разнообразные формы взаимодействия в рамках социотерапевтических активирующих мероприятий. Базовый вариант проводится в виде социально-коммуникативных групповых методов, где больные совместно осуществляют какую-либо деятельность с целью тренировки навыков взаимодействия; более сложный вариант предполагает анализ взаимодействия пациентов в каком-либо совместном творческом проекте и интерпретацию с позиций психодинамической психиатрии особенностей поведения каждого отдельного участника в реальной ситуации. Однако для работы на этом уровне необходимо учитывать два условия: тщательный отбор пациентов, имеющих необходимые ресурсы и мотивацию для участия в этой работе, и достаточное количество подготовленных специалистов, обладающих соответствующими компетенциями и навыками.

### **ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Крайнюков С.В.**, sv\_krayn@mail.ru – кандидат психологических наук, старший преподаватель СПбГАОУВО «Санкт-петербургский государственный институт психологии и социальной работы».

### **PSYCHOSEMANTIC APPROACH IN CONTEMPORARY CLINICAL PSYCHOLOGY**

**Kraynyukov S.V.**

Психосемантика – относительно молодая область психологической науки, сложившаяся в начале 1970-х годов (Артемьева Е.Ю., 2007; Петренко В.Ф., 2005; Серкин В.П., 2004; Шмелёв А.Г., 1983). Она реализует субъектный подход к пониманию другого человека, в основе которого лежит стремление увидеть мир его глазами.

Методы экспериментальной психосемантики направлены на реконструкцию картины мира индивидуального или группового субъекта через построение психосемантических пространств (Петренко В.Ф., 2005). К достоинствам психосемантических методов относят неочевидность цели для обследуемого, гибкость, портативность, сочетание количественного и качественного анализа данных, учёт индивидуальных особенностей. Это обуславливает их пригодность и применимость к решению различных клинико-психологических задач. На перспективы сближения клинической психологии и психосемантики указывают многие авторы (Бурлачук Л.Ф., 2007; Вассерман Л.И., 2009; Петренко В.Ф., 2005 и др.). В частности, А.В. Луцик отмечает, что «изначально заданный высокий стандарт математической обработки и психологической интерпретации данных позволяет получать чрезвычайно интересные, актуальные и важные результаты, которые вне психосемантического подхода были бы недоступны» (Луцик А.В., 2004).

В последние годы методология и методы психосемантики всё чаще применяются в клинико-психологических исследованиях: в патопсихологии (Вассерман Л.И., 2009; Елашинский С.П., 1999; Луцик В.Л., 2004; Сагалакова О.А., 2005; Трусова А.В., 2005), в психологии телесности (Адашинская Г.А., 2005; Крайнюков С.В., 2015; Штрахова А.В., 2009), в экстремальной психологии (Кулик А.А., 2008), в психологическом консультировании и психотерапии (Королёва Н.Н., 1998; Трусова А.В., 2005, Kelly G.A., 1955). При этом решаются задачи дифференциальной диагностики, разработки психокоррекционных программ, планирования процесса психотерапии, отслеживания динамики изменений и эффективности психологической помощи.

В нашем исследовании психосемантический подход был реализован с целью изучения картины мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (Крайнюков С.В., 2015). Была показана специфика картины мира этих подростков в зависимости от тяжести и длительности заболевания, личностных особенностей, половой принадлежности.

Сегодня психосемантические методы в клинической психологии являются эффективным и перспективным инструментом, позволяющим решать значимые исследовательские и практические задачи в различных её областях.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА ПРИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СОСУДАХ СЕРДЦА**

**Круглова Н.Е.**, nkruglova2016@yandex.ru – доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

### **PSYCHOLOGICAL FACTORS OF LABOR PROGNOSIS IN CORONARY VESSEL SURGERY**

**Kruglova N.E.**, nkruglova2016@yandex.ru – PhD, Associate Professor of the department of clinical psychology and psychological help, Faculty of Psychology, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russian Federation.

Сердечно-сосудистые заболевания являются самой распространенной причиной смертности в мире. Реваскуляризация миокарда является одним из наиболее эффективных методов лечения ИБС. Актуальным представляется выявление психологических предикторов восстановления трудоспособности в процессе реабилитации лиц, страдающих ИБС и получающих различные виды оперативного лечения. Знание подобных предикторов позволит более целенаправленно разрабатывать программы психосоциальной реабилитации и психологического сопровождения больных.

Исследование проведено в ФГБУ «Северо-Западный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург). Всего исследовано 111 больных ИБС: 48 чел., перенесших ангиопластику и стентирование коронарных артерий (СКА), 63 чел. – операцию коронарного шунтирования (КШ). Для решения задач исследования использовался клинико-

психологический метод, реализованный с помощью авторского структурированного интервью. Психодиагностический метод был представлен семью стандартизованными методиками: «Методика определения доминирующего состояния» (ДС), «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), «Способы совладающего поведения» (ССП), «Большая пятерка» (BIG V), «Тест жизнестойкости» (ЖС), «Тест смысловых ориентаций» (СЖО), «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36). Всего проанализировано 140 показателей: 66 социально-демографических, медико-биологических и клинико-психологических характеристик, а также 49 психодиагностических показателей, полученных в период подготовки больных ИБС к оперативному лечению.

В исследовании выявлено около 40 демографических, социально-психологических, клинико-психологических и индивидуально-психологических характеристик (психодиагностических показателей), прогностически информативных в отношении возвращения к трудовой деятельности больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения. С помощью дискриминантного анализа удалось выделить ключевые психологические признаки и показать, что количество психологических тестов, необходимых для прогнозирования последующего возвращения пациента к трудовой деятельности, можно сократить до двух: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) и «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF 36). Это имеет практическое значение для работы клинического психолога в кардиологической клинике, так как длительное психологическое исследование затруднено в связи с физическим состоянием пациентов.

### **КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Кудряшова Вера Юрьевна** (vera\_orehovaya@mail.ru), **Сарайкин Дмитрий Михайлович**, **Иванов Михаил Владимирович**  
**COPING STRATEGIES AND SELF-REGULATION OF BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS**

**Kudryashova Vera Y., Saraykin Dmitriy M., Ivanov Mikhail V.**

*Актуальность работы.* Анализ, сравнение и соотношение копинг-стратегий и саморегуляции поведения – актуальная проблема в медицинской психологии, т.к. способствует углублению знаний о способах совладания со стрессом личности, имеющей хроническое психическое заболевание, и может быть использована в психокоррекционной работе.

*Цель:* исследование копинг-стратегий, саморегуляции поведения и их взаимосвязей у больных шизофренией и аффективными расстройствами.

*Задачи:*

1. Сравнить уровень саморегуляции поведения в обеих исследуемых группах пациентов.
2. Выявить наиболее часто используемые копинг-стратегии в обеих исследуемых группах.
3. Исследовать взаимосвязь саморегуляции поведения и копинг-стратегий в обеих группах.

*Объект исследования:* выборка состоит из двух групп: больные шизофренией и больные аффективными расстройствами. Длительность заболевания не превышает 5-6 лет. Общее количество – 50 человек (25 мужчин и 25 женщин). Средний возраст 35,8±5. Все обследованные предъявляли жалобы на тревогу, подавленность, угнетенность, снижение общей активности, неприятные соматические ощущения различного характера и локализации.

*Выводы из проведенного исследования:*

- Общий уровень саморегуляции поведения у больных шизофренией выше, чем у пациентов с аффективными расстройствами.
- У больных шизофренией преобладают такие копинг-стратегии как склонность к диссимуляции проблем, оптимизму, активному избеганию их разрешения, альтруизму. Пациенты с шизофренией практически не используют копинг-стратегий, направленных на снятие эмоционального напряжения.
- У больных аффективными расстройствами преобладают такие копинг-механизмы, как игнорирование, эмоциональная разрядка, оптимизм.
- У пациентов с шизофренией при высоком уровне саморегуляции поведения отмечается выраженная склонность к выборам копингов конфронтация, самоконтроль и разрешение проблем.
- У пациентов с аффективными расстройствами при высоком уровне саморегуляции поведения отмечается предпочтительный выбор копинг-стратегий разрешение проблем, самоконтроль, а так же отрицательные корреляции с копингами бегство-избегание, конфронтация, дистанцирование.

### **РОЛЬ ПЛЕЙБЕК ТЕАТРА КАК ОДНОЙ ИЗ ТЕХНИК В ФОРМИРОВАНИИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКА**

**Кулганов Владимир Александрович**, kulganof@mail.ru – доктор медицинских наук, профессор, СПбГУ, ГБОУ школа № 657, г. Санкт-Петербург.

**Митяева Любовь Васильевна**, Luba-55516@yandex.ru – магистр педагогики, ГБОУ школа №297, г. Санкт-Петербург.

**PLAYBACK THEATRE AS A TECHNIQUE OF FORMING TEENAGERS' SELF-AWARENESS**

**Kulganov Vladimir A., Mityaeva Lyubov V.**

Плэйбэк театр можно считать интегративной формой импровизации. В ней зрители рассказывают о реальных событиях жизни, а затем наблюдают, как их рассказы воплощаются в сценическое действие. Источниками возникновения плэйбэк

театра являются традиции устного рассказа, психодрама, театральные теории и практики XX века. Его основателями были Джо Салас и Джонатан Фокс.

Плейбек театр популярен во всем мире по сей день. Через постановки решаются разные проблемы людей. В подростковом возрасте можно использовать отдельные техники, когда учащиеся сами разыгрывают истории друг друга. В плейбек театре никто не остается на внешней стороне игры. В зарубежной практике и у нас используется техника, в которой разыгрывается день, когда вы могли бы делать все, что хотите. Что бы вы сделали тогда? Данная техника и другие игры (жидкие скульптуры, пары, трансформация, хор, фотография) плейбек театра дают возможность подросткам рассказывать истории о своем мире, переводить их в целостную структуру. События, разыгрываемые на сцене, показывают изменения во времени, проходящие через одну историю. Это дает возможность под другим углом увидеть жизненные события и их смысл, а также формирует новое межличностное понимание. Взгляды подростков могут найти свое новое выражение, когда их жизненный опыт представлен в эстетической форме, что переживается в ситуации здесь и сейчас. Дж. Брунер назвал это «островком сознания», который является основой социального обучения. В процессе игры создаются различные миры. Происходит построение новых способов видения мира с использованием символического языка, который может выражать намного больше, чем сказано в словах. Обратной стороной плейбек театра может быть недостаточная вовлеченность в процесс. Как следствие – изоляция и отчуждение. На это психолог должен обращать внимание и исправлять ситуацию. Таким образом, подростки, постигая новый уровень восприятия самих себя, начинают расширять свое видение мира через плейбек театр, формируя более глубокий образ «Я». Данная форма работы используется в условиях школы с подросткового возраста.

### **ФРУСТРАЦИОННОЕ РЕАГИРОВАНИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

**Куликова Ольга Сергеевна**, ol.klkv@mail.ru – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

**Антохин Евгений Юрьевич**, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

### **REACTIONS TO FRUSTRATION AS A FACTOR OF SOCIAL ADAPTATION IN SCHIZOPHRENIA**

**Kulikova Ol'ga Sergeevna**, ol.klkv@mail.ru – teaching assistant, chair of clinical psychology and psychotherapy, Orenburg State Medical University.

**Antokhin Evgenii Yur'evich**, head of the chair of clinical psychology and psychotherapy, Orenburg State Medical University.

На современном этапе развития психиатрии не вызывает сомнения необходимость учета психологических факторов социальной адаптации пациентов, страдающих шизофренией. Одним из таких факторов, несомненно, является фрустрационное реагирование как важная форма адаптивного поведения индивида.

Целью нашего исследования было изучение фрустрационного реагирования как фактора социальной адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией.

Исследование было проведено на выборке больных с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания – не более 1 года с момента начала первого психотического приступа. Было обследовано 80 пациентов (из них 41 мужчина) в возрасте от 18 до 39 лет; средний возраст – 32 года. Все пациенты исследовались в состоянии стойкой медикаментозной ремиссии. В рамках исследования была проведена экспертная оценка уровня социальной адаптации обследованных пациентов по разработанной нами шкале, использовался тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга; для статистической обработки данных была реализована процедура множественного регрессионного анализа, при этом в качестве зависимой переменной был выбран показатель «экспертная оценка уровня социальной адаптации».

Процедура регрессионного анализа позволила выяснить, какие психодиагностические показатели являются наиболее значимыми для сохранения относительно высокого уровня социальной адаптации пациентов, страдающих параноидной шизофренией. В результате было показано, что вероятность удовлетворительного уровня социальной адаптации при параноидной шизофрении выше при большей частоте экстрапунитивных, интропунитивных и потребностно-настойчивых реакций, а также при низкой склонности к объект-доминантному реагированию.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**Курбанова Шахноза Мурадovна**, kurbanova.shakhnoza@mail.ru – доцент кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института врачей, к.м.н.

### **EXPERIENCE OF ART-THERAPY IN PSYCHIATRIC HOSPITAL IN REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

**Shaxnoza M. Kurbanova**, kurbanova.shakhnoza@mail.ru – Docent of Department of Psychiatry and Psychotherapy at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, PhD.

В настоящее время арт-терапия является одним из перспективных методов реабилитации психических больных.

*Цель исследования:* изучить возможности применения арттерапии в условиях психиатрического стационара.

*Материал и методы:* Сеансы арттерапии посетили 22 больных с различными психическими расстройствами, из них 12 мужчин и 10 женщин. У большинства (11 человек) больных диагностирована шизофрения, из них у 7 больных приступообразно-прогредиентная, у 4 отмечалась непрерывная форма, у 3 пациентов – последствия черепно-мозговой

травмы, психопатизация, у 6 – биполярное расстройство, у 2 – реактивный параноид. Были сформированы группы из 6-8 человек, которым проводилась сеансы 2 раза в неделю в течение месяца. Использовалась методика «Правополушарная живопись» на тему «Цветы в вазе», «Водопад», техника группового рисунка на тему «Проблема – идеальное решение», «Наше понимание счастья». Перед началом сеанса проводились телесно-ориентированные техники и релаксации. Весь сеанс сопровождался музыкальными композициями.

*Результаты и обсуждение.* Тема «Цветы в вазе» и «Водопад» способствовало вовлечению в творческое переживание, отвлечению от негативных мыслей, выражению своих чувств, снятию напряжения, тревожности, агрессивности. В процессе проведенного сеанса большинство поначалу относились нейтрально или безразлично, но в процессе активно включались, погружаясь в творческий процесс. В процессе обратной связи было заметно оживление эмоций у больных. Они говорили, что им «понравилось рисовать», «получилось не думать о плохом», «было весело», «поднялось настроение». Сеанс на тему: «Наше понимание счастья» нес в себе функцию усвоения навыков визуализации, по-новому взглянуть на окружающий мир, на существующие проблемы, улучшения коммуникативных функций. Члены группы активно помогали друг другу в оформлении рисунка, обнаруживая творческую инициативу, дополняли общий рисунок. После сеанса отмечалось улучшение настроения, общая сплоченность. Особенно яркое впечатление произвело рисование на тему «Проблема – идеальное решение». Целью данного сеанса было: нарисовать свою проблему и изменить рисунок в соответствии с идеальным решением. При затруднениях в изменениях рисунка у кого-либо остальные члены группы активно помогали в решении данной задачи.

*Выводы.* Учитывая результаты исследования необходимо включение в комплекс лечебных мероприятий на регулярной основе терапию творческим самовыражением.

### **СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Курпатов Владимир Иванович**, vikurpatov@mail.ru – главный психотерапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профессор, заведующий психотерапевтическим центром Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)».

**Гладышенко Андрей Васильевич**, врач-методист психотерапевтического центра Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)».

### **HOSPITAL REPLACEMENT TECHNOLOGY IN THE MEDICAL MODEL OF PSYCHOLOGICAL CARE OF PATIENTS WITH MENTAL AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

**Kurpatov Vladimir Ivanovich**, vikurpatov@mail.ru – Chief Therapist Health Committee of St. Petersburg, Professor, head of the psychotherapeutic Center of Saint-Petersburg State budget-funded agency «urban health mental hospital No. 7 (from the hospital)»

**Gladysenko Andrey Vasilyevich**, doctor-Methodist medical center of Saint-Petersburg State budget-funded agency «urban health mental hospital No. 7 (from the hospital)».

Современная организация помощи больным с психическими и психосоматическими заболеваниями должна обеспечивать доступность, качество и безопасность медицинской помощи, расширение амбулаторной помощи, развитие просвещения по вопросам психического здоровья. Приоритетными становятся амбулаторные психиатрические и психотерапевтические подразделения. Смещая акцент на амбулаторные формы оказания помощи необходимо совершенствовать методологию лечебного процесса, приближая их по эффективности к стационарным технологиям. Эти положения являются важным обоснованием для изменения подходов к организации психотерапевтической помощи. Такой стационарзамещающий подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчётливые экономические преимущества.

На протяжении 2014–2016 годов нами была внедрена и апробирована стационарзамещающая форма оказания краткосрочной психотерапевтической помощи пациентам, которая включает в себя:

- оказание психотерапевтической консультативно-лечебной помощи всем пациентам, не нуждающимся на момент обращения в диспансерном наблюдении;

- длительность лечения – 4 месяца для невротических расстройств, расстройств адаптации, аффективных расстройств и 6 месяцев – для эндогенных психических расстройств. При этом психотерапевтическая помощь оказывается бригадным методом. В бригаду входит врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. У каждого из специалистов своя зона ответственности. Врач-психотерапевт проводит клиническую диагностику, биологическую терапию, индивидуальную и групповую психодинамическую психотерапию. Медицинский психолог проводит психодиагностику, психологическое консультирование и психокоррекцию по психодинамическому, когнитивно-поведенческому и экзистенциальному направлениям. Специалист по социальной работе проводит поведенческие техники: тренинги социальных навыков, психосоциальной реабилитации и Арт-терапии. Медицинские сестры проводят групповые занятия по саморегуляции и аутогенной тренировке. В процессе лечения пациент получает активную биологическую терапию и психотерапевтическую помощь – от 2 до 16 посещений к каждому из специалистов (до 48 индивидуальных посещений за период лечения) имеет возможность посещать 5 открытых и до 3 закрытых групп.

- по завершении лечения диспансерное, динамическое наблюдение за пациентом, дальнейшая поддерживающая терапия, осуществляются по месту жительства в ПНД или психотерапевтическом кабинете.

*Выводы.* Данный принцип работы позволяет:

- предоставить объём медицинской помощи, соизмеримый со стационарным лечением, сократить сроки оказания специализированной помощи, упорядочить, повысить качество и эффективность оказываемой психотерапевтической

помощи, существенно сократить трудопотери, так как эта амбулаторная помощь оказывается больным без их отрыва от своей профессиональной деятельности.

#### **ОПЫТ РАБОТЫ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА С ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

**Кутехова Светлана Юрьевна**, kutehova@mail.ru – врач-психотерапевт. Санкт-Петербург. Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента» (репродуктивное здоровье).

#### **THE DOCTOR- PSYCHOTHERAPIST EXPERIENCE WITH THE ADOLESCENTS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA**

**Kutekhova Svetlana Yurievna**, kutehova@mail.ru – Psychotherapist, The city consultative-diagnostic center for children «Juventa» («reproductive health»).

За последние 5 лет в структуре обращаемости за помощью к врачу-психотерапевту наблюдается устойчивая тенденция к увеличению количества больных различными формами нервной анорексии. Так в группе подростков (девочки) в возрасте до 14 лет рост заболеваемости составил 15,5% (от 4,5% до 20%), в группе подростков 15–17 лет – 8% (от 12% до 20%).

Диагноз верифицировался согласно критериям МКБ-10: F50.0 Нервная анорексия и F 50.1 Атипичная нервная анорексия.

В эмоциональном состоянии подростков преобладали депримированность, страхи, связанные с весом, эмоциональная неустойчивость, депрессия, не доходившая до уровня психотической.

При анализе идеаторных нарушений у большинства девочек выявлялись доминирующие и навязчивые идеи, сочетающиеся с формированием невротической структуры личности в основном истерического и психастенического круга. В 30% случаев у подростков преобладали сверхценные идеи на фоне формирующегося расстройства личности.

В семьях имело место воспитание по типу гиперопеки с критикой личности подростка, особенно внешности, с преобладанием санкций и ограничений, поощрением детских форм поведения. Отношения между родителями носили конфликтный или взаимно критический характер. Отцы находились на «периферии семьи», власть в семье принадлежала матери. Более чем в половине случаев в семьях имели место разводы родителей. Контакт с отцом был формальным или отсутствовал. При наличии отчима отношения с ним носили характер конфронтации, борьбы за любовь матери или полного безразличия.

Лечение нервной анорексии проводилось комплексно, длительностью от нескольких месяцев до 1-2х лет в зависимости от тяжести заболевания.

1. Фармакотерапия с использованием антидепрессантов и малых доз нейролептиков.
2. Индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия: коррекция пищевого поведения.
3. Индивидуальная аналитически-ориентированная психотерапия: коррекция образа «я», повышение самооценки, принятие своей половой роли.
4. Групповая поведенческая психотерапия: формирование конструктивных навыков общения.
5. Семейное консультирование и семейная психотерапия: исследование стиля питания в семье, стиля воспитания.

#### **МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОПЕРАЦИЮ НА СОСУДАХ СЕРДЦА**

**Лакомская Анна Владимировна**, lakomskaia@list.ru – ассистент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

#### **TARGETS OF PSYCHOLOGICAL CARE FOR PATIENTS UNDERGOING SURGERY ON THE BLOOD VESSELS OF THE HEART**

**Lakomskaia Anna Vladimirovna**, lakomskaia@list.ru – Assistant at the chair of Psychosomatics and Psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University.

По результатам исследования, направленного на изучение клинко-психологических детерминант психологического благополучия (ПБ) больных с ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда (n=67; средний возраст 56,6 лет) были получены результаты, согласно которым мишени психологической помощи данному контингенту различаются в зависимости от пола и уровня психологического благополучия больных на этапе стационарной реабилитации.

Установлено, что низкий уровень ПБ продиктован концентрацией больных на рутинной деятельности, которая является единственным источником ресурсов. Таким образом, основное направление психологического сопровождения должно включать работу со смысло-жизненными ориентациями личности, проработку ресурсной составляющей жизни и коррекцию представлений о будущем. Важно отвлечь пациента от негативных переживаний, повысить стрессоустойчивость и ориентировать его на лечение и построение оптимистичной картины будущего.

Пациенты с оптимальным (средним) уровнем ПБ чаще отмечают заботу и опеку со стороны родственников, следовательно, отдельным звеном успешной психологической реабилитации больных может стать работа с их родственниками, информирование их об особенностях болезни, медицинских рекомендаций, специфике ограничений и необходимых изменениях в стиле жизни пациента и его семьи, адекватном уровне проявления опеки и установлении границ личной ответственности больного за своё здоровье.

Анализ эмпирических данных проведённого исследования позволил выделить особенности психологической помощи пациентам мужского и женского пола. У пациентов женского пола обнаружена взаимосвязь снижения ПБ с чрезмерной интеграцией с социальной средой, отсутствием перспективы личностного роста и беспокойство о необходимости изменения стиля жизни и следования рекомендациям медицинского персонала. В качестве мишени психологической коррекции в



данной группе следует отметить установление личностных границ и распределение зоны ответственности за те или иные события жизни, т.е. повышать уровень саморефлексии и снижать уровень значимости оценок социального окружения.

У пациентов мужского пола была обнаружена высокая степень автономности и её сильная обратная взаимосвязь с компонентами ПБ. Таким образом, психологическая поддержка мужчин должна включать: повышение способности установления и поддержания доверительных межличностных отношений, повышение уровня эмпатии личности, а также купировании страха перед беспомощностью и социальной неустроенностью мужчин после реабилитации.

### **ЖИТЕЙСКИЕ ИСТОРИИ: СМЫСЛЫ И ЦЕННОСТИ**

**Лой Ольга Алексеевна**, olgamongolia@gmail.com – ведущий психотерапевт Удмуртской Республики, обладатель Европейского сертификата психотерапевта, семейный системный психотерапевт, частнопрактикующий консультант, яхтенный капитан, путешественник.

**Мельников Александр Валерьевич**, обладатель Европейского сертификата психотерапевта, семейный системный психотерапевт, директор «Школы достижения Мечты», автор концепции «Парусная психотерапия», частнопрактикующий консультант, яхтенный капитан, путешественник.

### **EVERYDAY STORIES: MEANINGS AND VALUES**

**Loy Olga Alekseevna**, leading psychotherapist of Udmurt Republic, holder of the European certificate of psychotherapist, systemic family psychotherapist, private practice consultant, yacht captain, traveler.

**Melnikov Aleksander Valerievich**, holder of the European certificate of psychotherapist, systemic family psychotherapist, director of the "School of Dreams Achievement", author of the concept of "Sailing psychotherapy", private practice consultant, yacht captain, traveler.

Время на консультацию и на терапию сегодня ограничено. Задача – помочь клиенту быстро и дать ему действенный инструмент. Тенденции таковы: врачи делают акцент на инструментальные методы исследования и фармакотерапию; мало интересуются историей жизни пациента/клиента. Клиенты перестали общаться с помощью историй, перестали использовать истории для передачи знаний, опыта, общения, воспитания. Пациенты не придают значения историям, рассказывают, как малозначимые эпизоды из жизни. Много жалоб на «плохой контакт»: с детьми, мужем/женой, близкими, сотрудниками.

Часто сталкиваюсь с тем, что пациенты говорят: «у меня нет историй». Прошу рассказать историю из детства, самую раннюю, которая приходит в голову: «Приходит в голову какая-то чушь», «Какая странная история пришла в голову — я никогда о ней не думала»...

Зачем рассказывать истории?

1. Проявить скрытые смыслы. Освободиться от препятствий, ограничений, связывающих энергию. Проявить скрытые механизмы управления (например, чувство вины). Даже при многократном рассказывании истории в отсутствии подходящего контекста и «неудобных» вопросов, глубинный смысл будет ускользать. Не извлечённый смысл «удерживает» энергию внутри истории. Как только он осознан – энергия «высвобождается», «появляются крылья», «спадают оковы».

2. Проявить ценности. Как только мы задаём клиенту вопросы про ценности, извлечённые из его житейских историй, мы разворачиваем клиента к вопросу о качестве жизни. Есть ценности – «хорошая» жизнь, нет ценностей (не проявлены, не осознаны) – «плохая жизнь». Если клиент заявляет: «у меня нет историй», значит жизнь у него «плохая».

«Извлечение» историй позволяет «открыть» ценности собственной жизни, увидеть и почувствовать жизнь как «хорошую» и понять, что делать дальше. Когда ценности названы, обозначены, осознаны, они становятся эффективным «противовесом» социальным авторитетам, социальным ограничениям. Давление социума перестаёт играть решающую роль в управлении жизнью индивидуума. Это позволяет человеку, опираясь на собственные ценности, «выращивать» внутреннюю автономность и раскрывать, осознавать смыслы своей жизни.

3. Быстро найти деструктивные послания, деструктивные решения, отменить их и принять новые, конструктивные. Осознанно писать собственный сценарий жизни. Играть свою игру, обозначая свои правила, ограничения, сценарные решения. «Моя жизнь принадлежит маме» – «Моя жизнь принадлежит мне».

В историях, как правило, пациент находит ответы на вопросы, с которыми приходит на консультацию.

Возвращаю традицию рассказывать истории, передавать опыт и знания с помощью историй, решать задачи через истории... Участники групп «Житейские истории: смыслы и ценности» присваивают метод, начинают использовать в жизни.

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ РЕМИССИЕЙ АЛКОГОЛИЗМА**

**Луньков Алексей Сергеевич**, alex.lunkov2015@yandex.ru – врач-психиатр, Государственное бюджетное учреждение Ростовской области "Психоневрологический диспансер".

**Караваева Татьяна Артуровна**, tania\_kar@mail.ru – главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева».

### **PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPY OF ANXIETY AND PHOBIC DISORDERS IN PATIENTS WITH SPONTANEOUS REMISSION OF ALCOHOLISM**

**Lunkov Alexey Sergeevich**, alex.lunkov2015@yandex.ru – Psychiatrist, State budgetary institution of the Rostov region “Psychoneurological dispensary”.

**Karavaeva Tatiana Arturovna**, tania\_kar@mail.ru – Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Одной из причин спонтанной ремиссии при алкогольной зависимости являются тревожно-фобические расстройства, возникающие в рамках определенных психологических переживаний пациентов, выражающихся в невротическом конфликте.

Психотерапевтическая работа должна учитывать, что влечение к алкоголю чаще вытесняется, а невротические симптомы и поведение выполняют защитную роль и способствуют поддержанию этой ремиссии. (М.Ю.Мелик–Парсаданов,1982) При купировании проявлений актуального невротического состояния, пациент может возвратиться к алкоголизации.

Мишени психотерапии определяются как личностными особенностями пациентов, так и сложными взаимосвязями механизмов алкогольной зависимости и невротических противоречий.

Тревога способствует формированию алкоголизма, в последующем нарастание тревожно-фобической симптоматики и «невроз ожидания» приводит к спонтанной ремиссии, в т.ч. благодаря механизмам вытеснения, осознание которых является одной из задач психотерапии. Сохраняющаяся в ремиссии тревожно-фобическая симптоматика может способствовать как ее поддержанию, так и срыву, в зависимости от ряда клинических и психологических факторов (выраженности психопатологических проявлений, степени осознания пациентом механизмов заболевания, его мотивации на терапию, личностных особенностей). Психотерапевтическое воздействие на механизмы формирования и поддержания тревожно-фобических нарушений должно быть сопряжено с этапами осознания и принятия наличия зависимости от алкоголя даже в ремиссии.

Психотерапевтическими мишенями могут быть преморбидные особенности личности, такие как чувство неполноценности, трудности в социальном функционировании, недостаток коммуникативных навыков, которые создают основу для формирования зависимости при применении алкоголя как «средства повышения самооценки и компенсации», с целью, облегчающего самочувствия воздействия. (Н.В.Александрова 1984). Психотерапия должна быть направлена на противоречие между чувством неполноценности и желанием соответствовать идеальному образу «Я», требованиям социума.

На следующем уровне происходит осознание конфликта между желанием употребить алкоголь и соблюдением социальных норм поведения, сформированных в процессе развития индивидуума, который разрешается путем клинически очерченного невроза. Центральной целью психотерапии являются личностные изменения в системе значимых отношений индивидуума и разрешение первичного психологического конфликта, который изначально привел к алкоголизации и формированию зависимости.

#### **ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕНИЕМ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ**

**Лупинов Игорь Владимирович<sup>1</sup>** (igor\_lu2000@mail.ru), **Семенова Наталия Владимировна<sup>2</sup>**, **Чубрикова Анастасия Владимировна<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ленинградский областной психоневрологический диспансер

<sup>2</sup>СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

#### **EVALUATION OF THE SUBJECTIVE SATISFACTION OF PATIENTS WITH THE TREATMENT AS A TOOL FOR MANAGEMENT DECISIONS**

**Lupinov Igor Vladimirovich<sup>1</sup>**, **Semenova Natalia Vladimirovna<sup>2</sup>**, **Chubrikova Anastasia Vladimirovna<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Psychoneurologic dispensary of the Leningrad region

<sup>2</sup>St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

В исследовании приняли участие 101 респондент – пациенты амбулаторной психиатрической службы Ленинградской области (ЛО). Использовалась разработанная на отделении интегративной фармако-психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева шкала оценки субъективной удовлетворенности амбулаторным лечением – модифицированный «Опросник субъективной удовлетворенности больных лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ)» (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007). Статистический метод включал подсчет среднего значения и стандартной ошибки среднего для количественных показателей и вычисление абсолютных и относительных значений для качественных признаков. Производилась проверка нормальности распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнения проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни и H-критерия Крускала-Уоллиса для независимых выборок, а также подсчитывались взаимосвязи с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

У мужчин показатели шкалы «Бытовые условия и окружающая обстановка» были достоверно ниже, чем у женщин. Отмечались значимые отличия по шкалам «Отношение врач-больной» и «Стигматизация» у пациентов с разным уровнем образования. Показатели по шкале «Стигматизация» были выше у пациентов, которые за время болезни были понижены в должности или переведены на менее квалифицированную работу, и ниже у пациентов, получавших пенсию по инвалидности. У женатых (замужних) пациентов показатели по шкале «Отношения врач-больной» были ниже, чем у тех, кто не состоял в браке.

Показатели по шкалам «Результаты лечения», «Отношение врач-больной», «Бытовые условия и окружающая обстановка» и «Стигматизация» различались у пациентов из разных районов ЛО. Так, максимальные значения по шкале «Результаты лечения», «Отношения врач-больной», «Бытовые условия и окружающая обстановка» были у пациентов из Всеволожского района, эти значения превышали показатели пациентов из других районов области. Наиболее высокие значения по шкале «Стигматизация» отмечались в Лужском и Всеволожском районах, на наиболее низкие – в Приозерском, Кировском и Бокситогорском районах.

Полученные данные позволяют руководителям получать информацию о проблемных зонах в организации помощи и принимать управленческие решения, опираясь на научно обоснованные данные.

#### **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

**Лысенко И.С.**<sup>1</sup>[neolira@yandex.ru](mailto:neolira@yandex.ru), **Ляшковская С.В.**<sup>1</sup>, **Семенова Н.В.**<sup>1</sup>, **Прощенко С.А.**<sup>2</sup>, **Бубнова И.В.**<sup>1</sup>, **Чубрикова А.В.**<sup>1</sup>, **Чернов П.Д.**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

#### **PRELIMINARY RESULTS OF REHABILITATION MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL PROGRAM FOR PATIENTS WITH INITIALLY DIAGNOSED MALIGNANT NEOPLASMS**

**Lysenko I.S.**<sup>1</sup>, **Lyashkovskaya S.V.**<sup>1</sup>, **Semenova. N.V.**<sup>1</sup>, **Proshchenko S. A.**<sup>2</sup>, **Bubnova I. V.**<sup>1</sup>, **Chubrikova A.V.**<sup>1</sup>, **Chernov P.D.**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg*

<sup>2</sup>*City Clinical Oncology Dispensary, Saint-Petersburg*

Подводя промежуточные итоги и оценивая эффективность психолого-психотерапевтической работы, можно заключить, что результатом проведения программы медико-психологической реабилитации, включавшей курс краткосрочной индивидуальной и групповой когнитивной психотерапии, адаптированной для больных с первично диагностированными злокачественными новообразованиями, стало значительное улучшение их актуального психического состояния, способности преодолевать стресс и качества эмоционального функционирования.

Были отмечены следующие результаты психодиагностического обследования в динамике. По методике SCL-90 значительно снизилась выраженность психопатологических жалоб и переживание симптоматического дистресса (индексы GSI и PSI:  $p=0,04$  и  $p=0,03$  соответственно), что преимущественно проявлялось в снижении интенсивности тревожности ( $p=0,01$ ), выраженности депрессивного состояния ( $p=0,04$ ) и межличностной сензитивности ( $p=0,05$ ). Участники программы отмечали снижение беспокойства и эмоционального дискомфорта, опасений и пессимистических оценок перспективы, улучшение сна, повышение доверия и открытости, улучшение эмоционального контакта и в целом отношений с близкими, расширение круга общения, возвращение значимых знакомств, повышение уверенности в профессиональной сфере. Полученные данные подтвердились с помощью Интегративного теста тревожности, в ее структуре преимущественно уменьшилась степень эмоционального дискомфорта ( $p=0,02$ ). Показатель выраженности невротической астении значительно снизился до уровня низких значений нормы ( $p=0,02$ ). Снизились выраженность иррациональных установок чрезмерного долженствования в отношении себя ( $p=0,01$ ) и оценочная позиция в отношении окружающих ( $p=0,05$ ), вызывающие стресс. Пациенты стали лучше осознавать свои потребности и принимать помощь со стороны окружающих.

Общее состояние здоровья и уровня качества жизни по методике EORTC-QLQ-C 30 повысилось в среднем на 10,9% ( $p=0,01$ ), что связано преимущественно с улучшением эмоционального функционирования.

Показатели по Шкале суицидального риска после проведенного лечения указывают на выраженное преобладание антисуицидальных факторов.

Данные об авторах:

Лысенко Ирина Сергеевна – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Ляшковская Светлана Владимировна – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Семенова Наталия Владимировна – д.м.н., руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Прощенко Светлана Александровна – руководитель психологической службы СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»;

Бубнова Ирина Викторовна – медицинский психолог отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Чубрикова Анастасия Владимировна – лаборант научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

Чернов Павел Дмитриевич – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Lysenko Irina Sergeevna – junior researcher of scientific management department, V. M. BekhterevPsychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;  
Lyashkovskaya Svetlana Vladimirovna – junior researcher of scientific management department, V. M. BekhterevPsychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;  
Semenova Natalia Vladimirovna – MD, head of scientific management department, V. M. BekhterevPsychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;  
Proshenko Svetlana Aleksandrovna – head of the psychological service of City clinical Oncology dispensary;  
Bubnova Irina Viktorovna – medical psychologist of mentally ill biopsychosocial rehabilitation department of of the, V. M. BekhterevPsychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;  
Chubrikova Anastasia Vladimirovna – assistant of scientific management department, V. M. BekhterevPsychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;  
ChernovPavelDmitrievich – junior researcher of scientific management department, V. M. BekhterevPsychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg.

### **ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЕЙНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ**

**Макаревич Ольга Владимировна**, lysska@mail.ru – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

**Лутова Наталья Борисовна**, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

### **FAMILY INTERVENTION'S PLANNING FEATURES IN THE COMPLEX THERAPY OF PSYCHOSES**

**Makarevich Olga Vladimirovna**, lysska@mail.ru – Junior researcher of the Department Integrative Pharmacotherapy of Patient with Mental disorder, V.M. Bekhtereva Psychoneurological Research Institute.

**Lutova Natalia Borisovna**, Chief researcher, head of Department Integrative Pharmacotherapy of Patient with Mental disorder, V.M. Bekhtereva Psychoneurological Research Institute.

*Актуальность темы.* Организация фокусированной психотерапевтической работы у разных групп лиц, опекающих пациента в процессе лечения, возможна при условии понимания различий в их информационных потребностях.

*Цель исследования:* Выявить особенности потребностей в информации у различных групп лиц, опекающих пациента в ходе терапии.

*Материалы исследования:* Среди лиц, обеспечивающих уход: 33 женщины, 14 мужчин. Из них: 27 человек – родители пациентов, 11 – супруг или супруга, 3 – братья/сестры (сиблинги); в 4 – дети пациентов, 2 - друзья пациентов. Средний возраст обследованных составил 49 лет.

Анализировались потребности в информации, связанные с пониманием сути заболевания и процессе лечения, поведенческих реакций больного (их ситуативного реагирования), организации жизни пациента и медико-социальной помощи ему.

*Результаты:* Потребность в понимании сути заболевания и его лечения у родителей и сиблингов больных (24,5%; 22,5% соответственно) достоверно выше ( $p < 0.01$ ) в сравнении с супругами и детьми (17,5%; 19%). Высокая озабоченность вопросом организации жизни пациента в своё отсутствие, характерная для его родителей и братьев/сестёр (24,5%; 23,5%), отличается по сравнению с супругами, детьми и близкими друзьями (14,5%; 7,5%; 10%). Для родителей и сиблингов больного высоко значимо понимание ситуативного реагирования (24%; 24,5%), которое наименее актуально для супругов (18%). В информации о медико-социальных службах наиболее заинтересованы дети и супруги пациента (24,5%;23,5%), а наименее актуальна она для сиблингов (20%).

*Обсуждение и выводы:* Для разных групп микросоциума пациента будут актуальны различные вопросы, связанные с сопровождением больного в процессе лечения. Для родителей и сиблингов практически все виды информации равнозначны, однако, причины их заинтересованности в одинаковых информационных аспектах могут отличаться. Для супругов и детей наиболее важны сведения о медико-социальных службах. Друзья заинтересованы в получении знаний и навыков, связанных с контролем за болезненной симптоматикой, но они наравне с детьми и супругами, мало задумываются об организации помощи больному в своё отсутствие.

Понимание особенностей спектра потребностей в информации у разных групп лиц, опекающих пациента в процессе лечения, и его психодинамической специфики позволит проводить более чёткое планирование, как психообразовательных программ, так и более глубоких видов психотерапевтических интервенций в рамках комплексной терапии психозов.

### **ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ**

**Малкова Елена Евгеньевна**, Helen\_malkova@mail.ru – старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ МЗ РФ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева».

**Баканова Анастасия Александровна**, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена».

**PROBLEM OF DEFINING EFFICIENCY ASSESSMENT CRITERIA FOR NON-DRUG METHODS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH LIMITATIONS**

**Malkova Elena Evgenyevna**, Helen\_malkova@mail.ru – Senior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Bakanova Anastasia Aleksandrovna**, Associate Professor, Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State Pedagogical University of Russia.

Среди важнейших социальных проблем, стоящих перед государством в настоящее время, одной из основных является эффективная реабилитация и социальная защита инвалидов, в частности – инвалидов детства, которые позволили бы им стать им в будущем полноправными членами общества. В современных исследованиях под эффективностью понимается следствие, результат какого-нибудь действия. Например, в медицине таким результатом может быть состояние здоровья пациента после его лечения, близкое или далекое от нормы (Мавликаева Ю.А., Бронников В.А., 2010). Результатом социально-психологической работы может явиться улучшение или ухудшение психического и социального здоровья человека, тех или иных социально-демографических групп и т.д. (Комаров Е.И., Стрельникова Н.Н., Малофеев И.В., 2013). В свою очередь, целью реабилитации ребенка-инвалида является восстановление социального и психологического статуса инвалида, достижение им относительной независимости от сопровождения взрослым и медико-психолого-социальная адаптация.

В настоящее время при определении критериев эффективности реабилитационных мероприятий исходят из конкретного содержания понятия «услуга», которое в настоящее время регламентируется ГОСТами в соответствующих сферах. Так, социально-психологические услуги предусматривают коррекцию психологического состояния граждан для их адаптации в обществе, а социально-педагогические – профилактику отклонений в поведении и аномалий личного развития клиентов социальных служб, формирование у них позитивных интересов, оказание содействия в семейном воспитании детей. Вместе с тем, исследователи (Анисимова Н.В., Сугрובה Г.А., Сергеева Г.И., 2011) свидетельствуют о недостаточной разработанности методического обеспечения системы мониторинга отдельных реабилитационных мероприятий. Анализ научных источников за последние 20 лет показал, что основные исследования оценки эффективности и целесообразности применения немедикаментозных видов помощи, используемых в реабилитации, относятся либо к вопросам лечения соматических заболеваний у детей и взрослых, либо к реабилитационным мероприятиям с лицами после 18 лет, либо подвергают оценке не отдельные методики, а результаты реализации индивидуальной программы реабилитации в целом. Исходя из этого, нами были проведены системные исследования эффективности и целесообразности применения немедикаментозных видов помощи детям с особыми возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях реабилитационного центра, на основании которых разработан и апробирован алгоритм ее оценки.

**ЭЛЕМЕНТЫ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М.Е. БУРНО В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ**

**Маркова Ирина Петровна**, markova1609@gmail.com – врач-психотерапевт, заведующая психотерапевтическим кабинетом, врач-психиатр отделения неврологии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина.

**ELEMENTS OF THERAPY BY MEANS OF CREATIVE SELF-EXPRESSION BY M.BURNO IN PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH ACUTE STROKE**

**Markova Irina Petrovna**, markova1609@gmail.com – psychotherapist, Psychotherapeutic office, psychiatrist, Department of Neurology for patients with acute stroke, Samara Regional Clinical Hospital named after V. D. Seredavin.

Более чем у половины больных, выживших после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), обнаруживается психическая патология. Выраженные астенические, депрессивные и когнитивные расстройства существенно препятствуют успешности реабилитационных мероприятий, психологической и социальной адаптации больных. Депрессивное состояние может усиливать когнитивные нарушения, проблемы с речью, двигательными функциями. В возникновении постинсультной депрессии значимой оказывается не только психологическая причина, как реакция на развившееся заболевание, но и органическая – при поражении определенных отделов мозга, отвечающих за эмоциональное состояние человека.

Сложная природа возникновения астено-депрессивного состояния в остром периоде инсульта ставит перед психотерапевтом не только задачу сформировать у больного адекватное отношение к болезни, но и способствовать активации защитно-приспособительных систем организма. Мы помогаем самой природе оживить эмоциональное состояние больного, применяя отечественный метод клинической психотерапии – Терапия Творческим Самовыражением М.Е. Бурно (ТТС). Целебным механизмом ТТС в лечении больных является переживание пациентом возвышающего эмоционального стресса, биологической основой которого служит выход в кровь энкефалинов, эндорфинов, нейрогормонов и др.

Занятия ТТС проводим в групповой форме в кабинете групповой психотерапии или индивидуально у постели больного. За время госпитализации в отделение больные посещают 5-7 занятий. Продолжительность занятия колеблется от 20 до 40 минут в зависимости от состояния больных. На первой встрече разъясняем сущность целебного эмоционального стресса. Переживание светлой встречи с «самим собой», оживляющей собственную индивидуальность, происходит в сравнении нескольких картин, минералов, музыкальных произведений с поиском близкого, созвучного себе. Выбирая созвучное себе,

больной человек переживает чувство душевного посветления, оживления. В процессе целебных занятий происходит смягчение тревожности, напряженности, неопределенности, внутренней разлаженности.

У всех пациентов, проходивших лечение в группе ТТС, было отмечено улучшение общего состояния и неврологической симптоматики. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов после выписки из стационара.

#### **НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Махров Михаил Валерьевич**, Michele2001@mail.ru – научный сотрудник РНПЦ психического здоровья, Минск, Республика Беларусь.

**Докукина Татьяна Васильевна**, д.м.н., заместитель директора по научной работе РНПЦ психического здоровья, Минск, Республика Беларусь.

**Голубева Татьяна Сергеевна**, к.б.н., ведущий научный сотрудник РНПЦ психического здоровья, Минск, Республика Беларусь.

**Королевич Павел Павлович**, научный сотрудник РНПЦ психического здоровья, Минск, Республика Беларусь.

**Гайдукевич Ирина Витальевна**, научный сотрудник РНПЦ психического здоровья, Минск, Республика Беларусь.

#### **NEW POSSIBILITIES OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY WITH PHARMACOGENETIC TECHNOLOGIES**

**Makhrov Mikhail Valerievich**, Michele2001@mail.ru – researcher at the Mental Health Center, Minsk, Republic of Belarus.

**Dokukina Tatsiana Vasilievna**, Deputy Director for Science of Mental Health Center, Minsk, Republic of Belarus.

**Golubeva Tatsiana Sergeevna**, Leading Researcher at the Mental Health Center, Minsk, Republic of Belarus.

**Korolevich Pavel Pavlovich**, researcher at the Mental Health Center, Minsk, Republic of Belarus.

**Haidukevich Irina Vitalievna**, researcher at the Mental Health Center, Minsk, Republic of Belarus.

Согласно статистике, в Европе ежегодно от нежелательных лекарственных реакций умирает около 200 000 человек. Отсутствие эффекта от лечения психотропными лекарственными средствами (ЛС) наблюдается у 30-40%. Зачастую очень поздно выявляется проблема недостаточного терапевтического ответа. Серьезные побочные эффекты при назначении психотропных ЛС регистрируются у 55–70% пациентов.

В 2013–2016 гг. в РНПЦ психического здоровья (г. Минск) был разработан метод персонализации терапии психотропными ЛС (антидепрессантами, антипсихотиками, транквилизаторами, нормотимиками) с использованием алгоритмов интерпретации персональных генетических данных о наличии различных аллельных вариантов генов ферментов метаболизма. Особенности метаболизма исследовались в зависимости от активности наиболее вовлекаемых ферментных систем цитохрома-P450 (CYP1A2\*1F, CYP2C9\*2, CYP2C9\*3, CYP2C19\*2, CYP2C19\*3, CYP2C19\*17, CYP2D6\*4) и белка-транспортера гликопротеина-P (Gp-P).

В исследование включено 1220 пациентов. Из них: расстройства шизофренического спектра – 390 (32%), депрессивные расстройства – 207 (17%), аффективные расстройства – 146 (12%), аутизм – 208 (17%), эпилепсия с сопутствующими психическими заболеваниями – 269 пациентов (22%).

Исследуемый материал: пробы буккального эпителия, слюна. Методики: выделение нуклеиновых кислот, экстракция метаболитов, ПЦР-анализ, выделение рекомбинантных белков, реконструирование ферментной активности, масспектрометрический анализ. Генетический полиморфизм изоферментов цитохрома P-450 и полиморфизм C3435T гена MDR1 определяются в лаборатории Института биоорганической химии НАН Беларуси.

Всем включенным в исследование пациентам даны рекомендации по коррекции лечения. Более чем у 85% пациентов наблюдалось значительное клиническое улучшение, что статистически подтверждалось данными психолого-психиатрических исследований.

Разработан алгоритм интерпретации фармакогенетических данных. Создано программное обеспечение, позволяющее автоматически формировать заключение на основании фармакогенетического анализа о целесообразности применения и рекомендуемых дозировках для более чем 50 действующих веществ психотропных ЛС.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности использования фармакогенетических технологий в психиатрической практике. Применение метода позволяет прогнозировать фармакологический ответ на ЛС и персонализировано подойти к его выбору и режиму дозирования, а иногда определять и тактику ведения пациента.

#### **ПАРУСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ «TERRA LIBERA»**

**Мельников Александр Валерьевич**, alterlib88@gmail.com – обладатель Европейского сертификата психотерапевта, семейный системный психотерапевт, директор «Школы достижения Мечты», автор концепции «Парусная психотерапия», частнопрактикующий консультант, яхтенный капитан, путешественник.

**Лой Ольга Алексеевна** – ведущий психотерапевт Удмуртской Республики, обладатель Европейского сертификата психотерапевта, семейный системный психотерапевт, частнопрактикующий консультант, яхтенный капитан, путешественник.

#### **SAILING PSYCHOTHERAPY «TERRA LIBERA»**

**Melnikov Aleksander Valerievich**, alterlib88@gmail.com – holder of the European certificate of psychotherapist, systemic family psychotherapist, director of the "School of Dreams achievement", author of the concept of "Sailing psychotherapy", private practice consultant, yacht captain, traveler.

**Loy Olga Alekseevna** – a leading psychotherapist Udmurt Republic, holder of the European certificate of psychotherapist, systemic family psychotherapist, private practice consultant, yacht captain, a traveler.

Контекст — важнейшая составляющая терапевтического процесса и процесса изменений. Правило, введенное Тимоти Лири применительно к психоделическим сессиям («Set and Setting») в полной мере относится к любой психотерапии.

Значительные усилия психотерапевта уходят на то, что бы помочь клиенту достичь состояния «гиперпластики».

Психотерапия – контекст, в котором изменения будут неизбежны. Один из самых эффективных — игра.

При выполнении задания «Список Желаний» примерно в 70% «путешествие» оказывалось на первом месте. «Путешествие героя» (мономиф Кемпбелла) - метафора пути клиента из «зоны привычного» через встречу с «неизвестным собой» к обретению новых способностей и улучшению окружающего мира.

Наш опыт создания «игровых» терапевтических контекстов в живой природе начинается с 2003 года. С 2012 года мы стали проводить семинары-экспедиции в режиме парусных походов. За четыре сезона на катамаране «Terra Libera» курсанты Школы достижения Мечты прошли под парусом Балхаш, Обское море, Телецкое, Алматинское море, Хубсугул, Байкал.

Курсанты заявляли темы «развития», «поиска новых смыслов», «улучшения семейных отношений», «стратегии развития бизнеса»... Название плаваний - «Жизнь в Мечте». Общая задача — прожить каждый день в своей Мечте. Для этого требуется Мечту описать.

Некоторые взрослые участники впервые оказались в ситуации похода. Дети и подростки в абсолютном большинстве были в контексте похода с ночлегом в дикой природе впервые. Для всех курсантов опыт путешествия на парусном судне был абсолютно новым. В условиях «экстремального» для горожанина контекста проявились феномены. «Повседневное» сознание было вынуждено заниматься решением большого количества бытовых вопросов. Не было необходимости в применении специальных техник для перевода клиента в состояние «гиперпластики». Экспедиционная жизнь постоянно предлагала «полевые» ситуации «здесь и сейчас» для разрешения задач.

Особенно выразительны и продуктивны для нахождения новых форм отношений были ситуации с родителями и детьми. Прояснению и развитию отношений способствовало круглосуточное «наблюдение» за семьей со стороны ведущих и круглосуточное «наблюдение» членов семьи друг за другом и за собой. В таком контексте и искажения отношений, и пути их изменения становились очевидны не только ведущим, но, что гораздо важнее, членам семьи.

Следующий шаг в развитии концепции «Парусной психотерапии Terra Libera» — строительство океанского экспедиционного парусника и переход к жизни и работе в режиме перманентного кругосветного плавания.

#### **ФОРМАТ ИНТЕГРАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Мельникова Алла Александровна**, 88alla88@mail.ru – доктор культурологии, профессор кафедры социальной психологии СПбГУП, Санкт-Петербург.

#### **FORMAT OF INTEGRATION: PROSPECTS FOR COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY**

**Melnikova Alla A.**

В настоящее время в психологии все более выраженной становится идея об интегрировании. Более она касается интеграции концепций и теоретических подходов в психологии, практики же психотерапии, относясь традиционно в большей степени к категории «врач-психотерапевт», не ощущают свою причастность к этим веяниям в психологической науке – выбрав специализацию в области психотерапии, они именно ее планомерно осваивают. Однако растущее число психологов-психотерапевтов начинает вносить интегративные тенденции в психотерапевтическое сообщество, да и практика показывает определенную узость любой из терапевтических школ. Соответственно, начинают возникать направления, которые в качестве принципа работы провозглашают плюрализм методов (например, проблемно-ориентированная психотерапия).

Пока такие процессы – периферийное явление, но, при рассмотрении акцентов психотерапевтических школ, не отпускает ощущение, что различие между ними не только в используемых методах, но и в представлениях о человеке. Соответственно, данное положение видится как подготовительный этап для возникновения интегральной психотерапевтической школы, включившей бы в себя эти разнородные теории и концепции и выстроившей их в систему.

В качестве базы для такой интеграции видится КПТ. Во-первых, потому, что КПТ уже имеет опыт интеграции, успешно соединив в себе наработки как когнитивной, так и поведенческой терапии. Во-вторых, при работе с клиентом она интегрирует три стратегических направления для изменения личности: когнитивное, поведенческое и эмоциональное. Не задействованным в КПТ остается лишь телесный компонент. Однако психика – это не только мозг, тело является активным участником психической жизни личности. Упор на телесных ощущениях делается в гештальте, но у КПТ гораздо более сильные позиции за счет акцента на осознанности и практике научения клиента. Кроме того, КПТ активно использует воображение, то есть задействует одно из базовых свойств психики – проективность. Следующим шагом в этом направлении будет рассмотрение когний и эмоций в их телесной проекции (например, по методу психокатализа А.Ф. Ермошина) – такое включение позволило бы более быстро проработать неадаптивные мысли и эмоции, поскольку телесные реакции зачастую выступают первичным откликом на ситуацию, и лишь затем приходит мысль.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**Мизинова Елена Борисовна**, elenamizinova@yandex.ru – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Минздрава РФ.

**Полторак Станислав Валерьевич** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Минздрава РФ.

### **DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL PROBLEMS OF THE CARDIOVASCULAR**

**Mizinova Elena Borisovna**, elenamizinova@yandex.ru – Candidate of psychological sciences. Senior research associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Poltorak Stanislav Valer'evich** – Candidate of medical sciences. Leading research associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

В кардиологии традиционно максимальное внимание уделяется сердечно-сосудистым заболеваниям, в основе которых лежат органические причины, в частности атеросклероз, способствующий развитию инфаркта миокарда и стенокардии, однако причины нарушений в деятельности сердечно-сосудистой системы нередко оказываются связанными с воздействием психогенных факторов, что не всегда учитывают врачи-интернисты. Даже высококвалифицированные врачи-кардиологи не включают в арсенал необходимых диагностических процедур консультацию врача-психотерапевта, или клинического психолога, и прибегают к этому, только после того, как основные диагностические процедуры (зачастую весьма дорогостоящие) не дали необходимой для верификации диагноза информации. В общемедицинской практике сохраняются трудности дифференциальной диагностики функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, когда основное психогенное заболевание, как правило, остается нераспознанным; отсюда и вытекает неправильность и долгосрочность проводимого лечения.

В отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева разработана медико-психологическая программа помощи пациентам кардиологического профиля, у которых отсутствуют клинически верифицированные признаки органических сердечно-сосудистых нарушений, а в основе симптоматики лежит дисфункция вегетативной нервной системы, как проявление невротического расстройства. В рамках предложенной лечебной программы структурированы критерии диагностики и алгоритмизирован план ведения пациентов с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы с учетом их клинико-психологических особенностей.

Диагностический этап медико-психологической программы, помимо инструментальных и лабораторных исследований, назначаемых врачом-кардиологом, включает в себя консультацию психотерапевта, а также прицельную психологическую диагностику. Лечебный этап представлен краткосрочным вариантом групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, нацеленным на редукцию болезненной симптоматики (нарушений со стороны деятельности сердечно-сосудистой системы) за счет уменьшения психопатологической симптоматики (эмоциональных расстройств), снижения нервно-психического напряжения и уровня психологического стресса, расширения сферы самосознания (за счет коррекции иррациональных когнитивных установок, лежащих в основе субъективной неразрешимости актуальных психологических проблем), положительных изменений в системе отношений, прежде всего в отношении к себе, формирования более адаптивных механизмов совладания со стрессом, и улучшения социального функционирования, в целом.

Применение медико-психологической программы диагностики и лечения больных с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы в общемедицинской практике позволит повысить эффективность и экономичность услуг, оказываемых пациентам кардиологического профиля.

## **ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ: МЕЖДУ ЛЕКАРСТВАМИ И ПСИХОТЕРАПИЕЙ**

**Можгинский Ю.Б.**, mozhgin@mail.ru – д. м. н., детская клиника «Медси», Москва; Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, Москва.

### **PSYCHOANALYSIS FOR CHILDREN: BETWEEN PHARMACOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

**Mozhginskiy Y.B.**, mozhgin@mail.ru – Children's Clinic Medsi, Moscow; Children's mental health center, Moscow.

По замечанию президента международной психоаналитической ассоциации С. Болоньи, психоаналитик сегодня в большей степени является модератором переживаний и конфликтов клиента, чем было раньше, когда он был более холоден и отстранен. Детский психоанализ как часть методологии диагностического процесса применим в различных кластерах патологии. Так, в рамках амбулаторного приема в детской клинике мы обнаружили психодинамические феномены при разных формах патологии. У детей с соматическим неврозом преобладают абдоминальные симптомы, которые следует рассматривать как доказательство теснейшей связи сомы и психики у детей. При системно-невротических нарушениях (энурез энкопрез, тики) психодинамические расстройства связаны с нарушением становления инстинктивной сферы, что обозначается как «блокада» либидиозной энергии. Это видно и при истероформных соматических симптомах. Так, пятна на руках, покраснение ладоней – есть результат блокады мастурбации. «Стыдное» желание блокируется «цензурой» и вся энергия либидо переходит на орган, который призван осуществить мастурбационный акт.



Поведение является, во многом, матрицей депрессивно-невротических переживаний. По самоотчетам больных, применение седатиков вызывает у них всего лишь «притупление чувств», никак не меняя стереотип, патологический алгоритм поведения.

Депрессии несут в себе подоплеку ранних психических травм, своего рода, «выученной беспомощности». И, разумеется, любые антидепрессанты будут для нее малоэффективны без учета ее беспомощности и «автоматической» депрессии, сформированной в раннем детстве.

Агрессия мести возникает как воспоминание о психической травме раннего детства, унижении. Аффективный комплекс психотравмы может перейти в очерченный депрессивный симптомокомплекс. Но есть альтернативный вариант: компенсаторные силы личности переводят общий аффективный комплекс в агрессивное поведение. Личность борется за выживание с помощью агрессии. Такой алгоритм виден на этапах формирующихся расстройств личности, с подростковыми патохарактерологическими реакциями (группирование, внушаемость, рискованного поведения, делинквентности).

## **РОЛЬ ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ДИССОМНИИ**

**Моргачева Татьяна Витальевна**, 7morgacheva2@gmail.com врач – психиатр, клинический ординатор отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева

**Разина Мария Валерьевна**, клинический (медицинский) психолог.

### **THE ROLE OF ANXIETY DISORDERS IN CAUSING DISSOMNIA**

**Morgacheva Tatiana Vitalievna**, 7morgacheva2@gmail.com врач – psychiatrist; ordinator of department of borderline mental disorders therapy and psychotherapy of St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Razina Maria Valeryevna**, clinical psychologist.

Распространенность нарушений сна в современном обществе неуклонно увеличивается, что определяет актуальность исследования причин, вызывающих патологический процесс сна и поиска эффективных методов его восстановления.

Некачественный или недостаточный сон приводит к большому спектру изменений нервных и нейроэндокринных функций организма, включая повышенный уровень гормонов стресса, когнитивные и обменные нарушения, снижение иммунитета, повышение риска онкологических и сердечно – сосудистых заболеваний.

В исследовании 156 пациентов с невротическими расстройствами, проходящих стационарное лечение в отделении пограничных психических расстройств и психотерапии диссомнический синдром в структуре клинической картины выявлялся у 82,8% респондентов.

Диссомнический синдром был представлен различными типами нарушений сна- затрудненное засыпание, поверхностный или прерывистый сон, ранние пробуждения, кошмарные сновидения. Одной из основных причин нарушений сна у пациентов с невротическими расстройствами являются тревожные переживания и дисфункциональные когнитивные установки. Поэтому чаще у данной категории пациентов выявлялась трудность засыпания из-за беспокоящих тревожных мыслей, негативной оценки прошлого, пессимистических ожиданий, усиления страхов, связанных с возможным ухудшением состояния в ночное время, повышенной чувствительности к незначительным раздражителям, воспроизведения актуальных личностных переживаний, ипохондрической фиксации на соматических ощущениях (50,0%). Прерывистый или поверхностный сон (37,5%) часто сопровождался тревожными и кошмарными сновидениями, отсутствием чувства отдыха утром, вегетативными нарушениями. Реже всего из нарушений сна у пациентов с невротическими расстройствами наблюдались ранние пробуждения (13,5%), которые нередко сопровождалось наплывом тревожных мыслей, дурными предчувствиями. У ряда пациентов отмечались два или все три типа нарушения сна.

Связь эмоциональных переживаний, когнитивных искажений, внутреннего напряжения с клиническими и психопатологическими проявлениями при невротических расстройствах определяет выбор терапевтического воздействия, которое должно носить комплексный характер и включать в себя психотерапевтическую работу, направленную на осознание внутриличностного конфликта, коррекцию иррациональных представлений, формирование адекватных поведенческих паттернов, и психофармакотерапию, которая позволяет в более короткие сроки снизить тревожность, нормализовать циркадные ритмы, восстановить структуру и продолжительность сна.

## **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПУТЁМ КОРРЕКЦИИ АУТОАГРЕССИИ**

**Назарова И. А.** (ianazarova@mail.ru)<sup>1</sup>, **Аболонин А. Ф.**<sup>2</sup> ТНИМЦ НИИ психического здоровья

<sup>1</sup> **Назарова Ирина Анатольевна**, ianazarova@mail.ru – младший научный сотрудник, отделения аддиктивных состояний Томского НИМЦ НИИ психического здоровья.

<sup>2</sup> **Аболонин Алексей Федорович**, abolonin2004@mail.ru – старший научный сотрудник отделения аддиктивных состояний Томского НИМЦ НИИ психического здоровья.

### **INCREASE IN EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM BY CORRECTION OF THE AUTOAGGRESSION**

<sup>1</sup> **Nazarova Irina Anatol'evna**, ianazarova@mail.ru – junior researcher of Addictive States Department of "Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences" "Mental Health Research Institute" (Mental Health Research Institute).

<sup>2</sup> **Abolonin Aleksey Fedorovich**, abolonin2004@mail.ru – senior researcher of Addictive States Department of "Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences" "Mental Health Research Institute" (Mental Health Research Institute).

Больные алкогольной зависимостью часто воспринимают неадекватно окружающие их жизненные реалии. Происходит уход от не устраивающей реальности в девиантные реализации (Бурно М., 2015). Психологическая коррекция данного феномена должна быть направлена на принятие отвергаемой реальности, самостоятельное конструирование «социальной ниши», для обретения психологического комфорта и понимание аутодеструктивных механизмов возникшего заболевания.

Исходя из этого, целью исследования стало повышение эффективности персонализированной терапии больных алкоголизмом за счет изменения самооценки и улучшения точности и глубины оценки патологического воздействия алкоголя.

Объектом исследования явились 43 пациента с алкогольной зависимостью.

Для оценки эффективности терапии использованы методы диагностики склонности к виктимному поведению (О.О. Андрониковой, 2005) и шкала безнадёжности Бека. Тестирование проводилось до и после психокоррекционного вмешательства.

Персонализированная терапия осуществлялась в несколько этапов. На первом этапе психокоррекция, с использованием рациональных элементов, далее использовался «супружеский» ресурс для коррекции созависимых отношений (Бохан Н.А, Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., 2011).

Показатели по шкале реализованной виктимности при первом тестировании (до  $4,3 \pm 1,3$  после  $3,25 \pm 1,8$ ) были ниже нормы, что свидетельствует о внутренней готовности к виктимному способу поведения и стремлении избегать ситуации конфликта. Значения по шкалам: склонность к агрессивному виктимному поведению, склонность к самоповреждающему и саморазрушительному поведению, так же стали ниже (до консультации  $7,2 \pm 2,1$ ;  $6,2 \pm 1,5$ ;  $7,5 \pm 2,3$ ;  $4,5 \pm 1,6$  соответственно после коррекции  $6,25 \pm 1,8$ ;  $5 \pm 1,1$ ;  $7,25 \pm 2,5$ ;  $3,75 \pm 2,3$ ), что свидетельствует о нормализации агрессивных, провоцирующих черт личности. Полученные результаты свидетельствуют о гармонизации личностных установок в отношении различных форм виктимного поведения.

Оценки по шкале безнадёжности Бека показали положительную динамику: с  $8,5 \pm 3,2$  балла снизилась до  $4 \pm 2,7$ .

Проведенное исследование показало, что психокоррекция у зависимых больных должна быть направлена как на личность больного, так и на коррекцию созависимых отношений в семьях, что позволяет снизить агрессию, стабилизировать самооценку и улучшить критику к заболеванию.

#### **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА *HTR2A* (RS6313) КАК МАРКЕР АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Насырова Р.Ф.<sup>1</sup>, Сосин Д.Н.<sup>2</sup>, Тепляшина В.В.<sup>3</sup>, Сосина К.А.<sup>4</sup>, Ершов Е.Е.<sup>5</sup>, Ахметова Л.Ш.<sup>6</sup>, Воликова О.В.<sup>7</sup>, Незнанов Н.Г.<sup>8</sup>**

1. руководитель отделения, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
2. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
3. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
4. аспирант, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
5. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
6. зав. отделением Республиканской психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан.
7. аспирант, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
8. директор, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

#### **GENE POLYMORPHISM OF THE SEROTONIN RECEPTOR *HTR2A* (RS6313) AS A MARKER OF ANTIPSYCHOTIC-INDUCED METABOLIC DISORDERS: PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE STUDY**

**Nasyrova R.F.<sup>1</sup>, Sosin D.N.<sup>2</sup>, Teplyashina V.V.<sup>3</sup>, Ershov E.E.<sup>4</sup>, Sosina K.A.<sup>5</sup>, Akhmetova L.Sh.<sup>6</sup>, Volikova O.V.<sup>7</sup>, Neznanov N.G.<sup>8</sup>**

1. head of department, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
2. junior research fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
3. junior researcher fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
4. junior researcher fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
5. PhD-student, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
6. head of department Academician V.M. Behtereva Republican Clinical Psychiatric Hospital
7. PhD-student, Altai State Medical University.
8. director, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Введение** В настоящее время фармакогенетические исследования используются для оптимизации подбора психофармакотерапии.

**Целью** исследования является анализ генетической предрасположенности пациентов европеоидной расы, проживающих на территории Северо-Западного региона к набору веса при приеме антипсихотиков в режиме монотерапии.

**Материалы и методы** Пациенты, включенные в исследование, были разделены на группы по получаемому антипсихотику: типичный антипсихотик (I генерации) в режиме монотерапии принимали 37,5% пациентов, завершивших проспективное фармакогенетическое исследование, атипичный (II генерации) - 62,5%. Наблюдение проводилось за период 8-10 недель антипсихотической терапии. Генотипирование осуществлялось с помощью полимеразной цепной реакции в

реальном времени. Все пациенты были генотипированы по полиморфизму: *HTR2A* (rs6313). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ SPSS 19.0.

*Результаты.* Все пациенты независимо от принимаемого антипсихотика были разделены на 2 группы: I группа – пациенты, у которых было зарегистрировано при приеме антипсихотика изменение массы тела 7% и более от исходной величины, и II группа – пациенты, у которых было зарегистрировано при приеме антипсихотика изменение массы тела менее 7%. Выявлена ассоциация полиморфизма гена серотонинового рецептора *HTR2A* (rs6313) с развитием метаболических нарушений при приеме антипсихотиков ( $p < 0,05$ ). У пациентов без антипсихотик-индуцированного изменения массы тела частоты генотипов распределились следующим образом: С/Т – 82,61% (19); Т/Т – 17,39% (4); генотипа С/С в данной группе идентифицировано не было. У пациентов с набором веса при приеме антипсихотиков данное распределение было таковым: Т/Т – 57,14% (28); С/Т – 28,57% (14); С/С – 14,29% (7). При этом можно сделать вывод о протективной значимости аллеля С, соответственно аллель Т *HTR2A*(rs6313) является предрасполагающим ( $p < 0,05$ ) в отношении развития антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений.

*Выводы* Увеличение выборки и расширение панели генов-кандидатов позволит выявить генетические предикторы метаболических нарушений у больных с психическими расстройствами, принимающих антипсихотики, что позволит разработать фармакогенетические методы оптимизации психофармакотерапии.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (МД-7471.2016.7).*

### **КРИЗИС ПСИХОТЕРАПИИ: ВНЕ НАС ИЛИ ВНУТРИ НАС?**

**Носачев Геннадий Николаевич**, nosachev.g@mail.ru – врач-психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, Специализированный консультативно-диагностический центр клиник Самарского государственного медицинского университета.

**Носачев Игорь Геннадьевич**, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета.

### **CRISIS PSYCHOTHERAPY: OUTSIDE OF US OR INSIDE OF US?**

**Nosachev Gennady N.**, nosachev.g@mail.ru – psychotherapist, doctor of medical Sciences, Professor, Specialized consultative diagnostic center clinics of Samara State Medical University.

**Nosachev Igor G.**, psychotherapist, candidate of medical Sciences, associate Professor, Department of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology, Samara State Medical University.

Кризис психологии, в существовании которого не сомневается большинство отечественных психологов, не может не определять современную психотерапию. Современная психотерапия как прикладная, практическая психология сопровождает все основные направления («империи», школы) психологических знаний (психоанализ, бихевиоризм, когнитивизм и др.). Среди основных симптомов кризиса (по А.В. Юревичу, 2002-2015) следует указать отсутствие единой, разделяемой всеми, теории, отсутствие критериев добывания, верификации и адекватности знаний, расчленение целостности личности и др., имеющие базовое значение для практической психологии, в частности психотерапии. Есть и существенный раскол между теоретической и практической психологией, особенно, если учесть, что психотерапия как метод используется разными специалистами (врачи, психологи, социологи – профессионалы и непрофессионалы) с использованием тех или иных методик и техник. Подготовка профессионалов также осуществляется в различных образовательных институтах, в частности в медицинских ВУЗах практически не преподается в достаточном объеме психология, в психологических – основы медицины. А если сюда прибавить подготовку психотерапевтов узкими школами психотерапии, то и в образовании также просматривается кризис. Между тем междисциплинарный характер теории и практики психотерапии не нуждается в обосновании.

Следовательно, кризис теоретической психологии носит перманентный характер и не может не сказываться на психологической практике, включая психотерапию, психологических, соответственно и психотерапевтических, подходах, школах. «Шквал» методик и техник, синкретических «склеек» (интерпретаций) разнородных научных (и псевдонаучных) идей, а с ними и методик привели к кризису не только вне нас, но и внутри самих профессионалов. Тем более, что профессионалы никогда не были специалистами одной науки (споры о том, что такое психотерапия – наука, практическая дисциплина, духовная практика, бизнес, искусство – продолжают), междисциплинарность профессионалов существовала и существует, и не будет невероятным предположить, что саморефлексия и самоидентичность профессионала минимум различна. «Девятый вал» зарубежных методик и техник, появление на психотерапевтическом рынке разных психотерапевтических ассоциаций (направлений), мастер-классов и супервизоров со своими бизнес-планами и рыночным подходом, нередко с отрицательным отношением (непризнанием) к другим школам и методикам не может не усиливать и без того существующий кризис вне нас и усиливать кризис внутри нас (кризис идентификации, кризис коммуникативной изоляции профессионалов, уклонение от дискурсов и т.д.). В понимании этих сторон и симптомов кризиса психотерапии просматриваются и пути его преодоления.

## К ВОПРОСУ О ЗАКОНЕ О ПСИХОТЕРАПИИ

**Носачев Геннадий Николаевич**, nosachev.g@mail.ru – врач-психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, Специализированный консультативно-диагностический центр клиник Самарского государственного медицинского университета.

**Дубицкая Екатерина Андреевна**, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части Самарского психоневрологического диспансера.

### THE QUESTION OF LAW ON PSYCHOTHERAPY

**Nosachev Gennady N.**, Psychotherapist, doctor of medical Sciences, Professor, Specialized consultative diagnostic center clinics of Samara State Medical University.

**Dubitskaja Ekaterina A.**, Psychotherapist, candidate of medical Sciences, Deputy chief doctor on medical part of the Samara psychoneurological dispensary.

Психотерапевтическое сообщество в течение ряда лет обсуждает вопрос об отдельном законе о психотерапии (предварительные модели). Желание профессионалов понятно, так как законодательство, с одной стороны, вводит их в правовое пространство со всеми вытекающими привилегиями и защитой, а с другой, должно защищать права потребителя услуги. Косвенно В.Ю. Завьялов (2015), поднимая вопрос об определении психотерапии для прокурора, высказал сомнение в единстве психотерапии как науки и возможности иметь единый закон. Хотя на практике этот факт давно известен, так как психотерапевтический метод включает в себя разные модели и используется разными специалистами.

В рамках медицинского права, которое регламентирует общественные отношения в сфере медицинской деятельности, создана достаточная законодательная база функционирования врача-психотерапевта (специалиста ст.58 УПК РФ; лечащего врача ст.70 ЗОЗГ).

Врач-психотерапевт осуществляет свою медицинскую деятельность согласно ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ» (ЗОЗГ) и ФЗ «О психиатрической помощи...» (ЗОПП). Статья 2 ЗОЗГ четко определяет понятия медицинский работник (врач, клинический психолог) (п.13), медицинская помощь (п.3), медицинская услуга (п.4), медицинское вмешательство (п.5), диагностика (п.7), лечение (п.8), пациент (п.9), медицинская деятельность (п.10), медицинская организация (п.11), лечащий врач (п.15), заболевание (п.16), состояние (п.17), качество медицинской помощи (п.21 ст.2 ЗОЗГ). Защита прав и обязанностей пациента (ст. 18-28 ЗОЗГ и ст.5 ЗОПП) и медицинских работников (ст. 70-73 ЗОЗГ и ст. 19-20 ЗОПП).

Итак, медицинское право достаточно полно регламентирует деятельность врача-психотерапевта и практически отсутствует теоретическая и практическая необходимость в создании отдельного закона. Но существует проблема правового нигилизма врачей и клинических психологов (ко-психотерапевтов).

Что касается психологов и других профессионалов, то правовая база их деятельности практически отсутствует, исключение составляет образовательная деятельность, которая законодательно регламентируется. К сожалению, психологи сами не определились со своей практической деятельностью (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование) в психотерапии.

## ИНТЕГРАЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

**Nosachev Gennady N.**, nosachev.g@mail.ru – врач-психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, Специализированный консультативно-диагностический центр клиник Самарского государственного медицинского университета.

### INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY

**Gennady Nosachev**, nosachev.g@mail.ru – psychotherapist, doctor of medical Sciences, Professor, Specialized consultative diagnostic center clinics of Samara State Medical University.

Современная психотерапия накопила такое количество методик (некоторые авторы называют их методами), что один психотерапевт не только не может овладеть ими, но и даже иметь о них представление, а поток их не уменьшается. В наши дни стали «модными» так называемые интегративные, а чаще эклектические методики, не использующие при этом психологические знания интеграции. А.В. Юревич (2010) шуточно так определяет этот процесс: «призрак бродит по психологической науке – призрак интегративной психологии».

Интеграция в психотерапии включает в себя несколько вариантов. По первому, что бывает редко, создается новая теория, а с ней – новые методики и техники. По второму – эклектическое соединение уже существующих методик (чаще техник) с применением или без такового эклектической теории (интерпретации). По третьему – успешный психотерапевт интуитивно, чаще случайно формирует «винегрет» из техник и объявляет это авторским методом. А коллеги стесняются вспомнить андерсеновского мальчика.

Если психотерапия – практическая психология, то в своей интеграции она должна опираться на особенности интеграции психологических знаний и практики, т.е. создавая и обосновывая психотерапевтический метод. Методологической основой этого метода могут стать методологические разработки А.В. Юревича (2010), предложившего при формировании новых знаний отталкиваться от разобщенности (разрывов) для интеграции психологических знаний и наметившего три пути интеграции. «Горизонтальный» разрыв – между психологическими направлениями – психоанализом, бихевиоризмом, когнитивизмом и др., которые предлагают свой образ психической реальности, свои пути ее изучения и свою практику, включая психотерапевтическую. «Вертикальный» – между различными уровнями объяснения психического – внутриспихическим (феноменологическим, личностным), физиологическим (физическим), социальным и др., создающими

соответствующие «параллелизмы» (психофизические, психофизиологические, психосоциальные). «Диагональный» – между академической и практической психологией (по Ф.Е. Василюку – «схизис»), который вообще присущ психотерапевтической практике.

По нашему мнению, именно «схизис» является ведущим препятствием на пути формирования теории психотерапии не по типу «единой» теории, а по пути формирования методологии психотерапевтического метода. Учитывая междисциплинарность использования психотерапевтического метода, теоретические знания должны включать в себя психологические, педагогические, психопатологические и другие знания (общая часть) и практические (частная) – выбор методики (техники) к конкретным целям и задачам использования метода (пациент, клиент, группа).

### **ТРИ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОМОТОРИКИ ЧЕЛОВЕКА**

**Оганесян Наталия Юрьевна**, [anais\\_og@rambler.ru](mailto:anais_og@rambler.ru) – Государственная психиатрическая больница №6, Государственная психиатрическая больница №7 (Клиника неврозов им. Академика Павлова), Санкт-Петербург, Россия. Психолог-танцевальный терапевт,

### **THREE COMPONENTS OF THE DANCE- MOVEMENT THERAPY IN THE CONTEXT OF HUMAN PSYCHOMOTORICS**

**Oganesian Natalia**, [anais\\_og@rambler.ru](mailto:anais_og@rambler.ru) – Mental Hospital number 6; Mental Hospital №7 (Neuroses clinic named after Academician Pavlov) Psychologist/Dance Therapist, St.Petersburg, Russia, [anais\\_og@rambler.ru](mailto:anais_og@rambler.ru)

В Санкт-Петербурге танцевально-двигательная психотерапия в настоящее время применяется для пациентов различных нозологических групп. В основе танцевально-двигательной психотерапии лежит, прежде всего, психомоторика человека, краеугольным камнем которой является осознание тела и физической деятельности. Рассмотрим три составляющие Танцевально-двигательной психотерапии, это: *Психологическая*. Моторные навыки реализуются через тело. Наши самооценка и самовосприятие влияют на наше поведение и опыт, а преднамеренное движение напрямую влияет на психологическое функционирование. Моторная система целостна. И центральная нервная система, и психика оказывают большое влияние на моторные (двигательные) навыки. Кроме того, внешние и внутренние сенсорные стимулы играют свою роль, а также мотивация, которая инициирует и управляет двигательным поведением, влияющим на интенсивность и характер двигательных действий. *Неврологическая*. С точки зрения нейронной возбудимости, в первую очередь стимулируется центр моторной коры. Он относится к филогенетически древней части коры и основные генетически передаваемые программы хранятся там. Моторная зона, как старейшая часть коры головного мозга, находится в глубоких слоях коры и тесно связана с лимбической частью мозга и вероятно связана с сильными эмоциями сопровождающими большинство физической активности. *Психотерапевтическая*. Наше тело является основным и главным источником информации о себе (внутреннее я). То, что мы воспринимаем и переживаем как нашу идентичность, связано с относительно стабильными эмоциональными и когнитивными структурами нашей личности. Тело является инструментом для развития отношений. Тело всегда здесь, оно уходит своими корнями в реальность жизни. Мысли, основанные на теле (опыте), открывают мир со смыслом для человеческого существования. Резюмируя, отмечаем что, понятие *Танцевально-двигательная психотерапия* основано на целостном подходе к человеку объединяющем когнитивные, эмоциональные и физические аспекты, а также способность быть и действовать в психосоциальном контексте.

### **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ И ДЕТЯМ ПРИ РАБОТЕ С ПРОБЛЕМАМИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ**

**Попов Александр Никитич**, педагог-психолог школы № 619, Россия, Санкт-Петербург.

### **COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACHES TO HELPING PARENTS AND CHILDREN WHEN WORKING WITH THE PROBLEMS OF CHILDREN'S BEHAVIOR**

**Popov Aleksander N.**

Поведенческие проблемы детей и подростков (агрессивное, оппозиционное и гиперактивное поведение), являются фактором риска для здоровья детей, создавая травмоопасные риски.

Когнитивно-поведенческие методы являются наиболее результативными в работе с детьми с поведенческими проблемами. Это объясняется действием различных факторов – когнитивной недостаточностью, характерной для детей с СДВГ, проблемой переноса навыков из кабинета терапевта в обычную среду детей, условной выгодностью проблемного поведения для детей.

Поведенческие методы могут применяться психотерапевтом к самому ребенку, однако результативным являются обучение родителей методам воспитания. Главными навыками являются: 1) умение давать внимание детям для подкрепления положительного поведения 2) умение давать указания 2) использование жетонной системы 3) использование тайм-аутов 4) организация обратной связи с учителями и воспитателями.

Опыт работы показывает необходимость коррекции не только воспитательных навыков родителей, но и их когнитивной и эмоциональной сферы.

Одной из проблем родителей является высокий уровень стресса. Для снижения его может когнитивная психотерапия.

Частыми деструктивными мыслями родителей являются: «Я ничего не могу поделать», «Он все делает специально мне назло», «С ребенком всегда нужно быть на равных» «Родитель не должен требовать, а только просить и предлагать

выбор», «Надо всегда объяснять, а не заставлять», «Мы плохие родители, если ребенок нас не слушается». Коррекция установок родителей также преследует цели создания конструктивного взаимодействия специалиста с родителями и успешность усвоения и применения воспитательных навыков. Родителей следует учить идентифицировать и изменять свои неконструктивные установки. Для этого они учатся рассматривать влияние этих мыслей на свое состояние и действия, критически рассматривать их обоснованность и находить более уместные альтернативные мысли.

Опыт работы с родителями показал, что целесообразно совмещать тренинг родительских навыков и коррекцию когнитивных установок родителей в рамках одной группы.

Данные исследования показали как достаточную эффективность такой комбинированной поведенческо-когнитивной программы образования родителей, так и устойчивость результатов у детей в течение трех лет.

## **МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ**

**Прощенко С.А.**<sup>1</sup> lookspb@mail.ru, **Бубнова И.В.**<sup>2</sup>, **Семенова Н.В.**<sup>2</sup>, **Ляшковская С.В.**<sup>2</sup>, **Лысенко И.С.**<sup>2</sup>, **Чубрикова А.В.**<sup>2</sup>, **Чернов П.Д.**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

<sup>2</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

**Прощенко Светлана Александровна** – руководитель психологической службы СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»;

**Бубнова Ирина Викторовна** – медицинский психолог отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

**Семенова Наталия Владимировна** – д.м.н., руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

**Ляшковская Светлана Владимировна** – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

**Лысенко Ирина Сергеевна** – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

**Чубрикова Анастасия Владимировна** – лаборант научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;

**Чернов Павел Дмитриевич** – младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

## **METHOD OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CANCER IN THE EARLY STAGES OF TREATMENT**

**Proshchenko S. A.**<sup>1</sup>, **Bubnova I. V.**<sup>2</sup>, **Semenova. N.V.**<sup>2</sup>, **Lyashkovskaya S.V.**<sup>2</sup>, **Lysenko I.S.**<sup>2</sup>, **Chubrikova A.V.**<sup>2</sup>, **Chernov P.D.**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> City Clinical Oncology Dispensary, Saint-Petersburg

<sup>2</sup> V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg

**Proshenko Svetlana Aleksandrovna** – head of the psychological service of City clinical Oncology dispensary;

**Bubnova Irina Viktorovna** – medical psychologist of mentally ill biopsychosocial rehabilitation department of of the, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;

**Semenova Natalia Vladimirovna** – MD, head of scientific management department, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;

**Lyashkovskaya Svetlana Vladimirovna** – junior researcher of scientific management department, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;

**Lysenko Irina Sergeevna** – junior researcher of scientific management department, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;

**Chubrikova Anastasia Vladimirovna** – assistant of scientific management department, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg;

**Chernov Pavel Dmitrievich** – junior researcher of scientific management department, V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg.

Психологическая помощь больным с онкологическими заболеваниями является актуальной и социально значимой проблемой, при этом ее актуальность возрастает на всех этапах лечения.

После операций, особенно с полным удалением пострадавших от опухолевого процесса органов, пациенты боятся столкнуться с реальностью — с зеркалом, супругом, знакомыми. Между тем, когнитивная психотерапия помогает пациентам значительно снизить остроту депрессивных и тревожных состояний, свойственных людям болеющих жизнеугрожающими заболеваниями.

Уникальность разработанной программы заключается в ее четкой алгоритмизации, отсутствии сложных техник психологической (психотерапевтической) интервенции, что обеспечивает воспроизводимость программы в учреждениях практического здравоохранения при наличии в штате врача-психотерапевта или клинического психолога, владеющего навыками когнитивно-поведенческой терапии. Краткосрочность данного метода является несомненным достоинством для

онкологических пациентов, находящихся в зоне биологического риска, высокого уровня неопределённости. Сам по себе этот метод прост и доступен для пациента.

В программу включаются пациенты с 1–4 стадией рака, имеющие когнитивно-поведенческий ресурс; локализация опухоли не имеет значения.

Психологи проводят с пациентами 10 групповых и 10 индивидуальных занятий — весь курс рассчитан всего на 2,5 месяца. За это недолгое время психологам удается достаточно быстро добиться ощутимого эмоционального эффекта.

В процессе групповой когнитивной психотерапии происходит восстановление эмоционального баланса, психосоциального статуса и адаптация к новому образу жизни путем коррекции проблемных форм мышления и поведения пациента, приобретения навыка самоанализа и саморегуляции – корректировка адаптационных механизмов, направленных на восстановление собственного «ресурсного» состояния, повышения качества жизни онкологического пациента. Ориентиром при этом служат индивидуальные нормы участников эмоционального реагирования на стресс.

## **НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСОМНИИ**

**Разина Мария Валерьевна**, mashafo91@mail.ru – клинический (медицинский) психолог, ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

**Караваяева Татьяна Артуровна**, tania\_kar@mail.ru – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник, руководитель отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

**Поляков Александр Юрьевич**, doc-ar@yandex.ru – врач-психотерапевт, сомнолог, руководитель лаборатории сна, ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

**Моргачева Татьяна Витальевна**, Tmorgacheva2@gmail.com – врач-психиатр, клинический ординатор второго года, ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

## **NON-DRUG TREATMENTS OF INSOMNIA**

**Razina Maria Valeryevna** - clinical psychologist, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Karavaeva Tatyana Arturovna** – Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Polyakov Aleksandr Uryevich** – psychotherapist, head of the Laboratory of sleep, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

**Morgacheva Tatyana Vitalyevna** – psychiatrist, clinical intern of the second year, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Инсомния является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая затрагивает, по различным подсчетам, от 6 до 30% общей популяции.

Существенной проблемой применения медикаментозного лечения инсомний является риск формирования лекарственной зависимости и наличие побочных эффектов, что обуславливает актуальность применения немедикаментозных методов лечения.

Изучение научных данных легло в основу исследования, целью которого является доказать эффективность нелекарственных методов лечения инсомнии, сопоставимую с эффективностью снотворных препаратов.

Для сравнительного исследования эффективности одна группа пациентов получает медикаментозное лечение, а вторая – комплекс нелекарственных методов, который включает в себя когнитивно-поведенческую психотерапию, тренинг диафрагмального дыхания, сеансы светолечения и микрополяризации.

Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на дезактуализацию дисфункциональных установок, формирование навыков гигиены сна и снижение интенсивности навязчивых, тревожных мыслей перед сном.

Тренинг диафрагмального дыхания позволяет пациенту самостоятельно снимать тревогу и регулировать свое психоэмоциональное состояние.

Проведение сеансов светотерапии направлено на восстановление естественных «циркадных ритмов» и своевременную выработку необходимых гормонов-нейромедиаторов.

С помощью воздействия постоянного тока малого значения микрополяризация оказывает влияние на центральную и вегетативную нервную систему, что также способствует улучшению сна.

Исследование проводится в три этапа. Первый этап – диагностический. Он предполагает тестирование пациентов с целью определения их уровня тревоги, депрессии и астении, а также оценку качества сна и тяжести инсомнии.

Второй этап включает в себя проведение комплексной программы нелекарственных методов лечения инсомнии, а также сравнение эффективности данной программы с эффективностью применения медикаментозного лечения.

Третий этап – период последующего (катамнестического) наблюдения, предполагающий оценку устойчивости результатов лечения, а также оценку его влияния на динамику качества жизни пациентов.

Сохраняющаяся высокая частота встречаемости инсомнии, несмотря на появление новых видов снотворных препаратов, свидетельствует о том, что фармакотерапия не решает проблему полностью, а зачастую даже усугубляет ее. Поэтому необходимы дальнейшие исследования, разработка и обоснование эффективных немедикаментозных методик лечения нарушений сна.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СОДЕРЖАНИЯ БРЕДА У МУЖЧИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Рождественский Владимир Игоревич**, countrozh@mail.ru – старший преподаватель кафедры психосоматики и психотерапии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

## **PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF THE DELUSION PLOT IN MEN WITH SCHIZOPHRENIA**

**Rozhdestvenskiy Vladimir Igorevich**, countrozh@mail.ru – Senior Lecturer of the Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University.

Сочетание психофармакотерапии и психологической интервенции позволяет добиться значительных результатов при купировании бреда у пациентов с параноидной шизофренией. С целью повышения эффективности проводимых медико-психологических мероприятий в ПНД при разработке индивидуализированных программ психотерапии/психокоррекции необходимо учитывать личностные особенности пациентов, влияющие на содержание их бреда.

Цель исследования — выявление психологических детерминант содержания бреда у мужчин разного возраста при дебюте параноидной шизофрении.

В исследовании приняло участие 50 мужчин с дебютом параноидной шизофрении, в клинической картине которой преобладал симптом бреда. Пациенты были поделены на две группы в зависимости от возраста начала заболевания (юность и первый период зрелости). Методом качественно-количественного контент-анализа содержания бреда с последующей процедурой кластеризации была получена смысловая структура бреда. Психологические особенности больных были исследованы методикой «Пиктограмма» (Херсонский Б.Г., 1982) и путем подсчета психолингвистических коэффициентов (психолингвистический анализ морфологической структуры бредовых высказываний). С помощью корреляционного анализа была выявлена связь содержания бреда и психологических характеристик пациентов.

Было показано, что вне зависимости от возраста начала процессуального заболевания на содержание бреда мужчин оказывает влияние ориентация на практические действия (преобразование мира в соответствии с поставленными целями). В группе мужчин с дебютом заболевания в юности фабула бреда связана с завышенной самооценкой и агрессивностью, адекватной самооценкой и степенью внимания к личному опыту. В группе пациентов с началом заболевания в первый период зрелости содержание бреда детерминируется преимущественно особенностями мыслительной деятельности (сохранность ассоциативной стороны мышления, оригинальность ассоциаций, степень сохранности логической стороны мышления и уровень обобщения), а также неуверенностью в себе, педантичностью, эмоциональной реактивностью и возбудимостью, тревожностью, уровнем социализированности, решительностью и бескомпромиссностью.

Таким образом, у мужчин любого возраста на содержание бреда при параноидной шизофрении оказывает влияние ориентация на практические действия. Существует возрастная специфика: у молодых мужчин фабула бреда связана с чертами характера, у зрелых мужчин — главным образом с особенностями мышления (когнитивный аспект).

## **СТРАТЕГИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ**

**Дмитрий Валентинович Романов**, romanovdit@mail.ru, Самарский государственный медицинский университет; кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, заведующий кафедрой, доцент.

## **STRATEGIES FOR PSYCHOTHERAPY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

**Romanov Dmitry Valentinovich**, romanovdit@mail.ru, Samara State Medical University, Chief of Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, assistant professor.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) представляет собой наиболее распространенный клинический вариант личностных аномалий. Значимость расстройства обуславливается шлейфом последствий, связанных с суицидальным поведением и злоупотреблением ПАВ. В последние десятилетия активно разрабатываются различные подходы к психотерапии расстройства. Авторы согласны в том, что для пациентов с ПРЛ наиболее показан психодинамический либо когнитивно-поведенческий подход при достаточной длительности курса (не менее 12-24 месяцев) и строгом соблюдении регламента терапии. Основными задачами раннего этапа когнитивно-поведенческой психотерапии M.Linehan (2008) считает следующие: достижение соглашения по терапевтическим задачам, ослабление суицидального, препятствующего терапии и ухудшающего качество жизни поведения; укрепление поведенческих навыков. Стратегической целью психодинамической психотерапии ПРЛ называют развитие целостного, комплексного и позитивно-значимого ощущения Self (Kernberg O., 1975; Luborsky S., 1984). Адекватное ведение пациента обеспечивается установлением правил, дозированием фрустрации, интерпретациями в спокойном состоянии, ориентировкой на принцип «здесь и сейчас», готовности психотерапевта к отреагированию аффекта и абреакциям со стороны пациента, работа по идентификации аффекта и поддержанию автономии пациента (McWilliams N., 1994). В рамках исследования динамики и эффективности психотерапии ПРЛ анализировались психотерапевтические протоколы 52 пациентов с диагнозом ПРЛ в течение 12 месяцев психотерапии. Психотерапия проводилась по авторской методике, разработанной на основе «терапии, основанной на ментализации» A.Bateman, P.Fonagy (MBT). Методика является интегративной, применялась индивидуально. Психотерапия была направлена на обучение самопониманию и самоконтролю через идентификацию аффектов и отношений. Пациенты проходили психотерапию в два этапа в течение 12 месяцев. Разработан алгоритм психотерапии ПРЛ, включающий следующие звенья: 1) работу по поддержанию и укреплению рабочего альянса и профилактике прерывания терапии; 2) выявление дихотомического и парадоксального мышления и преодоление когнитивных ошибок; 3) обучение идентификации аффекта, совладанию с аффектом, сдерживанию абреакций; 4) внимание к системе регуляции самооценки пациента и



дозированная нарциссическая поддержка; 5) нацеленность на исследование отношений и их динамики, в том числе, для предотвращения развития быстрых циклов «идеализации/обесценивания».

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Семенова Наталия Владимировна**, nvs@bekhterev.ru – доктор медицинских наук, руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, председатель Независимого этического комитета при СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, член Совета по этике Минздрава России.

### **THE ACTUAL ISSUES IN ETHICAL ASSESSMENT OF SCIENTIFIC RESEARCH**

**Semenova Natalia Vladimirovna**, PhD, MD, the Head of Scientific and Organizational Department of the St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, the Chairman of the Independent Ethical Committee at the St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, the member of Ethics Board of the Russian Ministry of Health.

Вопросы соблюдения этических норм и защиты прав пациентов особенно актуальны в исследованиях с участием пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. Это связано с тем, что у этих лиц могут быть нарушены привычные нормы социального взаимодействия, а диагноз психического расстройства сам по себе несет негативную эмоциональную нагрузку и потенцирует стигматизацию и самостигматизацию пациента. Кроме того, часто возникает конфликт между моральным принципом уважения автономии пациента и спецификой заболевания, ограничивающего эту автономию и предполагающего в ряде случаев возможность недобровольного лечения.

Принципиальная разница между лечением и исследованием заключается в том, что лечение проводится в интересах конкретного пациента, а исследование – с целью получения новых знаний. Однако получение научных знаний не освобождает ученых-медиков от обязанности защищать участников исследования от предотвратимого вреда или неоправданного риска.

Центральной проблемой этики научных исследований является преодоление конфликта лечебных (гуманитарных) и научных целей. С этой точки зрения соответствие дизайна критериям научности не всегда достаточно для удовлетворения требований этики. Даже если в исследовании предусматривается применение принципиально неэтичных методов, оценка дизайна исследования с точки зрения соотношения риска (или бремени) и пользы для пациента чрезвычайно важна. Могут ли аналогичные результаты быть получены при другом дизайне, который наносит меньший вред участникам? Стоят ли результаты исследования того бремени или риска, которому подвергаются участники только потому, что эти результаты значительно лучше с научной точки зрения? Действительно ли возможные риски минимизированы и перевешиваются возмездной пользой? Обеспечена ли справедливость (свобода от предрассудков) при отборе участников исследования? Насколько полно и честно участникам исследования предоставлена информация о вреде и пользе в ходе исследования? Насколько добросовестно выполняется (или будет выполняться) процесс получения информированного добровольного согласия? Подобными вопросами стоит задаваться на самом начальном этапе планирования научного исследования, чтобы избежать ситуации, когда исследование уже начато (или даже завершено), а при этической экспертизе документов исследования возникают сомнения в обоснованности и достоверности его результатов, также вопросы соблюдения прав участников исследования.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Семяняк Эдуард Григорьевич**, semenyak.ed@vandex.ru – врач-психотерапевт, СПб ГБУЗ "Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко".

**Яценко Константин Олегович**, врач-психотерапевт, СПб ГБУЗ "Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко".

**Якунов Александр Сергеевич**, врач-психотерапевт, СПб ГБУЗ "Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко".

### **PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS OF A CLIMACTERIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

**Semenyak Eduard Grigoryevich**, semenyak.ed@vandex.ru – psychotherapist, SPb GBUZ "Psychiatric Hospital №1.

**Yatsenko Konstantin Olegovich**, the psychotherapist, SPb GBUZ "Psychiatric Hospital №1.

**Yakunov Alexander Sergeevich**, psychotherapist, SPb GBUZ "Psychiatric Hospital №1.

Проведено исследование 114 пациенток в возрасте 50 +/-2,7 лет, с диагнозом Р-20.0 шизофрения, этап стабилизации психического состояния (острые проявления психоза купированы). Основная группа – 55 чел., получали интегративную психотерапию и группа сравнения 59 чел., получавших рациональную психотерапию. Всем пациенткам выставлен климактерический синдром врачом-гинекологом. Климактерический период проходил с психосоматическими расстройствами. Интегративная психотерапия включала в себя:

1. Психообразовательная программа «Жизнь с болезнью».

2. Психотерапевтически потенцированная рефлексотерапия (аурикулоэлектропунктура, полынносигаретная цзю-терапия).

Рефлексотерапия проводилась в трансовом состоянии. Опосредованно проводилась суггестивная программа, направленная на формирование позитивного реагирования и мышления к ситуациям в прошлом, выравнивание настроения и нивелирование ангедонии, установку на уверенность в купировании психосоматических нарушений.

В результате терапии выявлено более раннее и более значимое влияние на проявления сопутствующих маскированных субдепрессивных проявлений в основной группе. В частности особое внимание было обращено на снижение трофического дерматита и экземы. Таким образом психотерапевтически потенцированная терапия показала более высокую эффективность по уменьшению показателей тяжести проявлений и уменьшению психосоматических симптомов.

### **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Сиденкова Алена Петровна**, sidenkovs@mail.ru, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург.

**Сердюк Олег Викторович**, ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург.

### **THE EXPERIENCE OF ORGANIZING SPECIALIZED GERONTOLOGICAL HELP TO PATIENTS WITH COGNITIVE DISORDERS IN SVERDLOVSK REGION**

**Serdyuk Oleg**, Urals State Medical University.

**Sidenkova Alena**, Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital.

Растущая распространенность тяжелых когнитивных расстройств в популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств, отсутствие разработанных программ комплексной помощи лицам с деменциями и их семьям определяет необходимость разработки и внедрения организационных мер помощи, адекватных по объему и содержанию, гражданам данной категории. Разработана и внедрена межведомственная программа оказания помощи горожанам старших возрастных групп, страдающим когнитивными расстройствами. В основе программы – принципы компетентного подхода к усвоению информации в популяции, формированию навыков социальной эмпатии по отношению к пожилым с деменциями. Основные положения программы включают организацию диагностической и лечебной помощи лицам с когнитивными расстройствами в психиатрической службе пилотной территории; повышение выявляемости когнитивных расстройств в популяции; формирование межведомственного и междисциплинарного взаимодействия при оказании диагностической, лечебной, социальной помощи лицам с когнитивными расстройствами на пилотной территории; эпидемиологическую оценку распространенности когнитивных расстройств в общей популяции у лиц старших возрастных групп (с целью возможной дальнейшей актуализации проблемы, разработки стратегий развития социальных служб и здравоохранения на пилотной территории); социальную профилактику развития психических расстройств в позднем возрасте.

*Выводы.* Применение принципов современного образовательного компетентного подхода возможно при разработке масштабных программ межведомственного взаимодействия по улучшению оказания медицинской помощи лицам старшего возраста, страдающим когнитивными нарушениями.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Ситкина Е.В.**, sitkina\_evgenya@mail.ru – ассистент кафедры общей и клинической психологии; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ.

**Исаева Е.Р.**, доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ.

### **PSYCHOLOGICAL CRITERIA OF FORECAST TREATMENT ADHERENCE OF DENTAL PATIENTS**

**Sitkina Evgenya Vladimirovna**, sitkina\_evgenya@mail.ru – Professor Assistant of the Department of General and Clinical Psychology FGBOU VO SSMU of Academic Pavlov I.P., St.Petersburg, Russia.

**Isaeva Elena Rudolfovna**, Ph.D, Head of the Department of General and Clinical Psychology FGBOU VO SSMU of Academic Pavlov I.P., St.Petersburg, Russia.

*Актуальность:* За последнее десятилетие в процессе социально-экономических реформ в стоматологии сформировались устойчивые рыночные отношения. В лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля развернулась борьба за пациента, его комфорт и удобство [4]. Для повышения эффективности лечения, врач должен уметь составить полное представление не только о болезни и ее конкретных проявлениях в каждом случае, но и об особенностях личности заболевшего. Тактика врача, его поведение всегда должны строиться не только в зависимости от тяжести заболевания, но и с учетом характера больного, уровня его культуры и др.[5]. Клинико-психологические исследования подтверждают, что пациенты разного пола, возраста, социально-психологического статуса будут по-разному выполнять рекомендации лечащего врача [1;2;3;8]. Индивидуальный подход к пациенту, с обеспечением его комфорта и безопасности на приеме, является ключом успешной работы [6; 7]

*Цель:* выявление прогностических критериев приверженности стоматологическому лечению.

*Материалы и методы:* обследовано 45 человек. Психодиагностические методики: 1) Многомерный опросник по здоровью; 2) Тест «ДМО»Т.Лири; 3) Характерологический опросник Леонгарда — Шмишека; 4) «ИТО»Собчик Л.Н.; 5) АСС; 6) «ЛОБИ». Стоматологические индексы здоровья: 1) СРITN; 2) PMA; 3) Saxer & Muhlemann; 4) Silness&Loe; 5) OHI-S.

*Результаты:* Были получены индексы стоматологического здоровья полости рта при I и II осмотрах, которые отражают качество выполнения пациентом врачебных рекомендаций. Выделены 2 группы пациентов: с улучшением стоматологических индексов и с их ухудшением. В обеих группах выявлены различия по индивидуально-личностным особенностям, так же внутри групп обнаружены гендерные различия.

*Выводы:* 1. Большинство пациентов старались выполнять рекомендации врача по уходу за полостью рта, о чем свидетельствует снижение стоматологических индексов на втором осмотре. 2. Выявлены различия в личностных особенностях: у пациентов, выполнявших рекомендации, преобладал внутренний локус контроля. В группе с улучшением индексов гигиены у мужчин преобладал авторитарный тип отношений и социальная активность, у женщин – интроверсия и эмотивность.

*Заключение:* Исследование показало, что пациенты по-разному выполняют рекомендации врача в зависимости от личностных особенностей. При дальнейшем проведении исследования мы сможем установить точные критерии, которые позволяют определить, какие личностные характеристики взаимосвязаны с приверженностью лечению.

#### Литература:

1. Взаимосвязь особенностей индивидуального ухода за полостью рта от психологических личностных характеристик / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, Е.Р. Исаева [и др.] // Стоматология славянских государств: сборник трудов по материалам VIII Международной научно-практической конференции / под ред. А.В. Цимбалистова, Б.В. Трифонова, А.А. Копытова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2015. – 386 с.
2. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Психологические факторы приверженности лечению у пациентов, страдающих раком молочной железы // Журнал Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 16–20.
3. Соколова Е.Т. Перспективы системной модели комплаенса // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». Сборник материалов. – М.: МГМСУ, 2011. – С. 24–30.
4. Черкасов С.М., Галеса С.А., Дьяченко В.Г. Взаимоотношения производителей и потребителей стоматологических услуг // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 137–141.
5. Большая Медицинская Энциклопедия. Медицинская Деонтология. [Электронный ресурс]. – URL: [bmэ.org/index.php/Заглавная\\_страница](http://bmэ.org/index.php/Заглавная_страница)
6. Becker I.M., Ackley D.C., Green R.A. New Study: The Value of Emotional Intelligence in Dentistry // Dentistry Today. – 2003. – Vol. 22, № 10. – P. 106–111.
7. Low S.B. Managing the Difficult Periodontal Patient // Inside Dentistry. – 2006. – Vol. 2, № 5 [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.dentalaegis.com/id/2006/06/periodontics-managing-the-difficult-periodontal-patient>
8. Oral Impact on Daily Performance, Personality Traits, and Compliance in Periodontal Maintenance Therapy / F.O. Costa, L.O.M. Cota, E.J.P. Lages [et al.] // Journal of Periodontology. – 2011. – Vol. 82, № 8. – P. 1146–1154.

#### **ПРОФИЛАКТИКА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПРОФЕССИОНАЛОВ ГРУППЫ РИСКА**

**Соколов Евгений Юрьевич**, jane\_123@list.ru – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института МЗ РФ.

#### **PREVENTION OF CRISIS STATES AT PROFESSIONALS OF GROUP OF RISK**

**Sokolov Evgeny Yuryevich**, jane\_123@list.ru – candidate of medical sciences, research associate of department of a suicidology of the MZ Russian Federation Moscow research institute.

Особенности службы сотрудников спецподразделений – постоянные эмоциональные, физические нагрузки, требующие запредельной активизации ресурсов жизнестойкости. Методы саморегуляции являются профилактикой нервно-психических расстройств сотрудников МВД.

Цель исследования: оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью предотвращения постстрессовых расстройств.

Обследованы 103 военнослужащих (96 мужчин, 7 женщин) 19-42 лет.

Методы исследования: динамический клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

Релаксационно-стимулирующие, методы включают дыхательные элементы. Занятия проходят в условиях, приближенных к распорядку дня.

Число занятий 1–3 раза в неделю, с 2–4 группами в день. Занятие с каждой группой длится около двух часов.

Акцентируется внимание военнослужащих на клинике психических расстройств, оказании первой помощи в боевых и постбоевых условиях. Укрепляются полученные знания предыдущих встреч. Место ведущего врача занимает участник группы, который проводит отработанный им в группе и самостоятельно тренинг с товарищами.

*Выводы.* Синдром эмоционального выгорания у военнослужащих, имеющих боевой опыт столкновения с ЧС, наблюдается в 100 %. Большая часть сотрудников имеет низкий уровень тяжести СЭВ; число наблюдаемых, имеющих средний уровень СЭВ, в 2 раза меньше начального уровня, а количество исследованных с высокой тяжестью выгорания с имеющимися уже в той или иной степени психическими, личностными расстройствами, снизилось почти в 6 раз.

Первооснова предупреждения ПТСР – обязательное организованное обучение психотерапевтическим методам саморегуляции с целью предупреждения постстрессовых расстройств при смертельной угрозе. В дальнейшем знания

методов и их грамотное практическое использование позволят сотруднику увереннее и быстрее найти рациональный выход из психотравмирующей ситуации.

#### **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИППОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ НЕВРОЗОВ И ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ**

**Соколовская Татьяна Владимировна**, tania1651@mail.ru – доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова.

**Варшаловская Елена Борисовна**, доцент, Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова.

#### **THERAPY OF HYPOCHONDRIAC DISORDERS IN NEUROSES AND BORDERLINE STATES CLINIC**

**Sokolovskaya Tatyana**, assistant professor, Northwestern State Medical University.

**Varshalovskaya Elena**, assistant professor. Federal Heart, Blood and Endocrinology.

В структуре иппохондрических расстройств при неврозах и пограничных состояниях ведущими компонентами являются болезненные ощущения на телесном уровне, эмоционально-аффективные нарушения и своеобразие мышления. Телесные страдания проявляются различной симптоматикой, включая вегетососудистую патологию, алгический синдром, нарушения функций дыхания и желудочно-кишечного тракта. Эмоционально-аффективные нарушения выражаются в эмоциональном напряжении, нарушениях настроения, апатии, тревоге, раздражительности, расстройствах сна. Важным аспектом трансформации вытесненных аффективно-эмоциональных переживаний является блокирование истинных переживаний, их замещение когнитивными и защитными формами переработки информации. Своеобразная переработка информации является патогенетическим механизмом, посредством которого пациент преобразует невротические переживания в соматическое страдание. Обращают на себя внимание особенности личности пациентов. Экспериментально-психологические исследования выявляют наличие выраженных тенденций к манипулированию окружающими, особенно в сфере близких отношений, неустойчивую самооценку, фиксацию на соматических функциях организма в сочетании с постоянным контролем, низкий уровень рефлексии эмоциональных состояний, повышенную требовательность к окружающим, актуальную потребность в привлечении их к решению своих проблем. Стратегической целью лечения таких расстройств является изменение ценностных ориентаций с эгоцентрической позиции на социоцентрическую. Tактические усилия должны быть направлены на осознание пациентом истинных психологических механизмов переработки информации и неадаптивных способов совладания с тревогой, разрушающих соматическое и психическое здоровье. Первоочередным шагом в лечении данных расстройств является назначение психофармакотерапии, направленной на снижение эмоциональной вовлеченности пациента в переживание клинических симптомов болезни. Психотерапевтическое воздействие связано с выявлением интрапсихической проблематики, получением информации о скрытых мотивах, формирующих иппохондрическую симптоматику. Следующим шагом с учетом структуры личности данных пациентов, характера защитно-совладающего поведения целью психотерапии является преодоление «тоннельного» восприятия окружающего мира. Для решения этой задачи применяются методы психотерапии, направленные на формирование конструктивных способов адаптации к внешнему миру, адекватной оценки собственных личностных ресурсов.

#### **УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНА ЛИМФОЦИТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ И СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

**Сосин Д.Н.<sup>1</sup>, Ершов Е.Е.<sup>2</sup>, Сосина К.А.<sup>3</sup>, Тараскина А.Е.<sup>4</sup>, Насырова Р.Ф.<sup>5</sup>, Крупицкий Е.М.<sup>6</sup>**

1. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
2. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
3. аспирант, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
4. научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
5. руководитель отделения, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
6. руководитель отдела наркологии, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

#### **THE EXPRESSION LEVEL OF DOPAMINE RECEPTORS OF LYMPHOCYTES AND EFFECTIVENESS OF ANTIPSYCHOTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH COMORBID SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME: CLINICAL AND BIOLOGICAL CORRELATION**

**Sosin D.N.<sup>1</sup>, Ershov E.E.<sup>2</sup>, Sosina K.A.<sup>3</sup>, Taraskina A.E.<sup>4</sup>, Nasyrova R.F.<sup>5</sup>, Krupitsky E.M.<sup>6</sup>**

1. junior research fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
2. junior researcher fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
3. PhD-student, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
4. research fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
5. director of department, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
6. addiction Department Head, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Фармакотерапия психических расстройств является одной из наиболее сложных областей клинической психиатрии. Дофамин задействован в патогенезе большинства психических расстройств. Лимфоциты периферической крови, способные синтезировать дофамин, могут быть рассмотрены в качестве биологической модели дофаминергической нейротрансмиссии ЦНС.

Цель исследования – оценка взаимосвязи между уровнем экспрессии рецепторов дофамина в лимфоцитах периферической крови и эффективностью терапии антипсихотиками I (галоперидол) и II (оланзапин) поколений.

В рандомизированное исследование включено 43 пациента в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом из рубрики F2 с коморбидным синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) по МКБ-10. Пациенты, включенные в исследование, либо вообще не принимали антипсихотики, либо нон-комплаентность не менее 3 месяцев до включения в исследование. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программы SPSS 20.

В группе пациентов, принимающих галоперидол, уровень экспрессии рецептора дофамина (DRD4) в лимфоцитах, выделенных на Визите 1, положительно коррелировал с эффективностью терапии в отношении позитивной и общей психопатологической симптоматики оцениваемой шкалой PANSS на Визите 3, общим баллом шкалы PANSS на Визите 3 ( $p < 0,05$ ).

В группе пациентов, принимающих оланзапин, уровень экспрессии DRD4 в лимфоцитах, культивируемых в присутствии антипсихотика, положительно коррелировал с эффективностью терапии оланзапином на основании редукции общего балла по шкале PANSS на Визите 2 ( $p < 0,05$ ). Уровень экспрессии DRD2 в лимфоцитах, культивируемых без антипсихотика, положительно коррелировал с редукцией баллов подшкалы позитивной симптоматики на Визите 2, общим баллом шкалы PANSS на Визите 2, подшкалой негативной симптоматики и общим баллом PANSS на Визите 3 ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, продемонстрирована взаимосвязь между параметрами дофаминергической нейротрансмиссии и эффективностью антипсихотической терапии.

*Исследование поддержано грантом Российского Научного Фонда (проект №14-15-00904).*

## **УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ НА ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И РИСК РАЗВИТИЯ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Сосина К.А.<sup>1</sup>, Сосин Д.Н.<sup>2</sup>, Ершов Е.Е.<sup>3</sup>, Тараскина А.Е.<sup>4</sup>, Насырова Р.Ф.<sup>5</sup>, Крупицкий Е.М.<sup>6</sup>**

1. аспирант, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
2. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
3. младший научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
4. научный сотрудник, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
5. руководитель отделения, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
6. руководитель отдела наркологии, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

## **THE EXPRESSION LEVEL OF ADRENERGIC RECEPTORS OF PERIPHERAL BLOOD LYMPHOCYTES AND RISK ANTIPSYCHOTIC-INDUCED EXTRAPYRAMIDAL DISORDERS**

**Sosina K.A.<sup>1</sup>, Sosin D.N.<sup>2</sup>, Ershov E.E.<sup>3</sup>, Taraskina A.E.<sup>4</sup>, Nasyrova R.F.<sup>5</sup>, Krupitsky E.M.<sup>6</sup>**

1. PhD-student, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
2. junior research fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
3. junior researcher fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
4. research fellow, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
5. director of department, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.
6. addiction Department Head, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Исследование состояния рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов периферической крови при проведении психофармакологических вмешательств является актуальным для определения индивидуальных параметров с целью выявления предикторов безопасности антипсихотической терапии относительно риска развития экстрапирамидных расстройств (ЭПР).

Цель исследования – оценка связи между уровнем экспрессии генов адренергических рецепторов (ADR1B) на лимфоцитах и безопасностью антипсихотиков (АП) I и II поколений относительно риска развития ранних ЭПР.

В исследование был включен 61 пациент с диагнозом шизофрения (F20.0, F20.6, F20.8) и пациенты с первым психотическим эпизодом (F23.0, F23.1, F23.2). Выбор препарата происходил путем рандомизации: в первой группе проводилась монотерапия галоперидолом (30 человек), во второй – оланзапином (31 человек). Оценка динамики состояния пациента проводилась при включении в исследование (до начала терапии), на 14-ый и на 28-ой дни. Использовались шкала BARS, шкала SAS, шкала ESRS и шкала AIMS.

Материалом исследования служили лимфоциты периферической крови. Уровень экспрессии генов оценивался методом ПЦР в реальном времени. Статистическая обработка данных – SPSS Statistics 20.0.

Безопасность терапии галоперидолом и оланзапином относительно риска развития ЭПР значительно различалась между группами ( $p = 0,001$ ): в 90% случаев в группе галоперидола установлено развитие ранних ЭПР, при приеме оланзапина – в 68% случаев. В группе пациентов, принимающих галоперидол, уровень экспрессии ADR1B на Визите II положительно коррелировал с общим баллом по шкале SAS у пациентов на Визите I ( $r = 0,410$ ;  $p = 0,047$ ). Установлена взаимосвязь выраженности ЭПР на Визите II на основании шкалы SAS и тяжести акатизии на Визите III на основании шкалы BARS с уровнем экспрессии ADR1B на Визите I ( $r = -0,385$ ;  $p = 0,057$  и  $r = -0,500$ ;  $p = 0,015$ ). В группе пациентов, принимающих оланзапин, выраженность акатизии на Визите II на основании шкалы BARS коррелировал с уровнем экспрессии ADR1B в лимфоцитах, культивируемых как в присутствии, так без АП *in vitro* ( $r = 0,469$ ;  $p = 0,024$  и  $r = 0,522$ ;  $p = 0,009$ ).

Таким образом, реактивность рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов может являться значимым биомаркером для прогнозирования риска развития ранних ЭПР.

*Исследование поддержано грантом Российского научного фонда (проект №14-15-00904).*

#### **СТРУКТУРНЫЕ, СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЦЕПТИВНО-ДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Спиридонов Ярослав Вячеславович**, yaroslavspiridonov@yandex.ru – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии Башкирского государственного университета, аналитический терапевт, Россия, Уфа.

#### **STRUCTURAL, SUBSTANTIAL AND FUNCTIONAL ASPECTS OF PERCEPTIVE-DYNAMIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY**

**Spiridonov Yakov V.**, yaroslavspiridonov@yandex.ru – Candidate of Sci. (Psychology), Assistant Professor, Department of Psychology, Bashkirsky State University, Ufa, Russia.

Функционирование психики и механизмы симптомообразования мы рассматриваем через призму динамики перцептивных процессов. Именно в актуальном перцептивном акте возникает локализация сознательных и бессознательных процессов, формирующих актуальное перцептивное поле. Перцептивное поле является результирующим образованием системного взаимодействия перцептивных модусов, представляющих собой механизм трансформации внутренних и внешних стимулов в актуальные психические феномены. Первичный перцептивный модус представляет собой систему перцептивной организации внутренних и внешних стимулов и связанных с ними динамических процессов в качестве элементов собственной внутренней психической структуры. Вторичный перцептивный модус представляет собой систему перцептивной организации внутренних и внешних стимулов и связанных с ними динамических процессов в качестве относительно автономных и имеющих собственный источник активности. Актуализация первичного модуса любые внутренние или внешние стимулы и средовые изменения встраиваются в уже существующий символический ряд, представляющий собой устойчивую структуру, обозначенную нами в качестве внутреннего объекта. Внутренний объект включает в себя: ядерную самость (1), большого Другого (2) и переживание диалектического единства и разрыва (3). Качество этого разрыва в последующем определяет содержание структуры, которую мы обозначили в качестве перцептивной матрицы. Можно выделить три основополагающих объекта и соответствующие им перцептивные матрицы: *анорексическая матрица*, *булимическая матрица* и *персекуторная матрица*. *Анорексическая матрица* образуется отвергающим объектом. Качество разрыва между ядерной самостью и Другим имеет модальность отвержения. *Булимическая матрица* противоположна *анорексической*. Качество разрыва между ядерной самостью и Другим имеет модальность «сверхвозбуждения». *Персекуторная матрица* образуется преследующим объектом. Качество разрыва между ядерной самостью и Другим имеет модальность «преследования». Все три перцептивные матрицы имеют топическую зависимость, и на каждом уровне функционирования психики (психотической, нарциссической и неротической) имеют свою специфическую функциональную конфигурацию.

#### **НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Суворова Регина Альбертовна**, regina.suvorova@mail.ru – зав. лабораторией клинической психологии и психофизиологической коррекции, клинический психолог. Всероссийский центр глазной и пластической хирургии.

**Шарипов Амир Рашитович** – заведующий научно-исследовательским отделом психофизиологии и психофизики зрительной системы, к.б.н, Всероссийский центр глазной и пластической хирургии.

**Кулешова Светлана Леонидовна** – клинический психолог. Всероссийский центр глазной и пластической хирургии.

#### **ACTIVITIES OF PHYSIOLOGICAL SERVICES IN THE OPHTHALMIC HOSPITAL**

**Suvorova Regina Albertovna**, regina.suvorova@mail.ru – the head of clinical psychology and psychophysiological correction laboratory, medical psychologist. Russian Eye and Plastic Surgery Center.

**Sharipov Amir Rashitovich** – the head of research electrophysiology and psychophysics of visual system department. Ph.D. Russian Eye and Plastic Surgery Center.

**Kuleshova Svetlana Leonidovna** – clinical psychologist. Russian Eye and Plastic Surgery Center.

Зрительная информация, получаемая человеком посредством зрительной системы, занимает особое место в организации его жизненных функций. При этом любое нарушение зрения сопровождается значительной реорганизацией многих аспектов социальной и психологической адаптации индивида и является для него существенным стрессором. Необходимость лечения (часто длительного и дорогостоящего), регулярные обследования, возможная госпитализация и хирургические вмешательства, неблагоприятные прогнозы и тревожные ожидания – вот далеко не полный список стрессоров, действующих на офтальмологического пациента.

Очевидно, что своевременная и грамотная психологическая поддержка позволяет значительно повысить мотивацию офтальмологического больного к излечению, снизить уровень стресса и тревоги, осознать собственную роль в лечении и обеспечить необходимый терапевтический комплаенс.

Для решения этих задач во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии создано специальное подразделение – отдел клинической психологии и психофизиологической коррекции зрения.

За 25 лет деятельности в отделе получили помощь 30.000 офтальмологических пациентов и их родственников.

Разработаны и внедрены уникальные методы психофизической диагностики, психофизиологической коррекции и психологической помощи больным с глубокими нарушениями зрения. В настоящее время в отделе ведется работа по следующим направлениям:

- механизмы саморегуляции при восстановлении пациентов;
- развитие механизмов сенсорного научения у пациентов с отсутствием и глубоким нарушением;
- применение БОС-терапии для восстановления сенсорных функций. Роль психологических особенностей пациентов при регенеративных вмешательствах;
- семейное консультирование родственников идентифицированного пациента и создание семейной коррекционной среды;
- предоперационная подготовка и психологическое сопровождение хирургических вмешательств.

В результате психокоррекционной работы у пациента формируется:

1. Устойчивая, реалистичная, достижимая цель лечения и мотивация для ее достижения.
2. Совокупность адекватных приемов, способов и навыков достижения цели (операциональный блок).
3. Формируется поддерживающая микросоциальная (семейная) среда за счет семейного консультирования, способствующая достижению цели (контекст).

Предложенный подход позволяет стабилизировать результаты иных форм вмешательства при помощи мобилизации внутренних ресурсов пациента.

### **СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЗОВ ГБУЗ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 7» ГОРОДА КРАСНОДАРА**

**Тарашук Евгения Юрьевна**, darangenyua@mail.ru – заведующая отделением неврозов №9 ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» МЗ КК.

**Коростылева Елена Владимировна**, врач психиатр ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» МЗ КК.

**Серый Дмитрий Владимирович**, врач психиатр ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» МЗ КК.

### **STRUCTURE AND FEATURES OF THE MEDICAL AID ORGANIZATION TO THE PATIENTS HAVING ANXIETY DISORDERS OF A NEUROTIC LEVEL ON THE EXAMPLE OF PATIENTS OF NEUROSIS DEPARTMENT GBYZ "SPECIALIZED PSYCHIATRIC HOSPITAL№ 7" OF KRASNODAR**

**Tarashcuk Evgeniya Yurievna**, director of department neurosis in GBYZ "Specialized Psychiatric Hospital№7" of Krasnodar.

**Korostyleva Elena Vladimirovna**, psychiatrist of department neurosis in GBYZ "Specialized Psychiatric Hospital№7" of Krasnodar.

**Seriy Dmitriy Vladimirovich**, psychiatrist of department neurosis in GBYZ "Specialized Psychiatric Hospital№7" of Krasnodar.

*Актуальность.* Тревожные расстройства невротического уровня имеют широкую распространенность среди населения. Актуальность темы обоснована значительным снижением качества жизни у больных с тревожными расстройствами, высоким риском хронизации тревожных нарушений.

*Цель исследования.* Выявление структуры тревожных расстройств невротического уровня среди пациентов отделения № 9 ГБУЗ СПб № 7. На основании полученных данных, разработка программы организации медицинской помощи данному контингенту больных в условиях стационара.

*Материалы и методы.* Обследовано 628 человек поступивших на стационарное лечение в отделение № 9 ГБУЗ СПб № 7 в 2016 году. Продолжительность лечения на момент обследования составляла в среднем 1 месяц. Исследование проводилось с помощью клинического, экспериментально-психологического методов. Клинический метод включал в себя клиничко-anamnestический, клиничко-психопатологический, клиничко-патогенетический аспект. Экспериментально-психологический метод включал опросник СМОЛ (сокращенный опросник MMPI), шкала тревоги Гамильтона.

*Результаты и обсуждения.* Из 628 человек поступивших на стационарное лечение у 321 пациента диагностировано тревожное расстройство невротического уровня, что составило 51 % из общего количества пролеченных больных. Большинство пациентов составили женщины – 67 %, 33 % – мужчины. 226 человек страдало смешанным тревожно-депрессивным расстройством или реакцией, обусловленной расстройством адаптации, что составило 70.3 %. от невротической структуры тревожных расстройств. У 67 человек (21 %) отмечалось паническое расстройство. У 28 человек диагностировано тревожно-фобическое расстройство – 8.7 % случаев. Организация медицинской помощи включала в себя принципы этапности, комплексности, дифференцирования, интегративности и краткосрочности.

*Заключение.* Таким образом, из данного исследования видно, что тревожные расстройства невротического уровня составляют примерно половину всех пациентов, направленных на стационарное лечение. Чаще встречается у женщин. Первое место в структуре данных расстройств занимают тревожные расстройства, коморбидные с депрессией, чаще возникающие вследствие расстройства адаптации. Далее по частоте встречаемости идут панические и тревожно-фобические расстройства. Организация медицинской помощи больным с учетом структуры, причин и особенностей течения их заболевания способствует улучшению качества жизни и социальной адаптации данных пациентов после выписки.

## **НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ**

**Тарумов Д.А.**, Tarumov@live.ru – (преподаватель кафедры психиатрии), **Манчук А.А.** (врач-интерн), Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

### **NEUROIMAGING ASPECTS OF BRAIN PATHOLOGY IN MENTAL DISORDERS CAUSED BY THE USE OF OPIOIDS**

**Tarumov D.A.**, **Manchuk A.A.**, Tarumov@live.ru – S.M.Kirov Military Medical Academy, Saint-Peterburg.

Отдельно взятые методы раннего выявления лиц, употребляющих наркотические препараты малоинформативны и не отвечают современным тенденциям роста аддиктивной патологии, что требует пересмотра данной концепции в целом с точки зрения комплексной диагностики данных состояний. Этим обуславливается целесообразность поиска дополнительных (к клинико-психопатологическому и лабораторному), комплексных методов диагностики аддиктивных расстройств, включающих в том числе функциональную нейровизуализацию.

Обследовано 65 пациентов мужского пола (25,9±2,6 лет) с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от опиоидов. Стаж наркотизации 9,5+3,4 лет. Контрольная группа здоровых лиц составила 27 человек. Психическое состояние оценивалось с помощью клинико-психопатологического метода и психометрических шкал: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии; шкалы тяжести зависимости (SDS-S) и (SDS-D); шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES); диагностического скринингового опросника (PDSQ). При исследовании функциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялась функциональная МРТ (фМРТ) с использованием стимульного материала.

При проведении нейровизуализационных исследований изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки и контрольной группы. Полученные результаты показывают, что на момент включения в исследование у больных всех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги, суицидального риска, депрессии, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также, несмотря на различные сроки ремиссии, было выявлено интенсивное влечение к героину. При этом, по результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели. При проведении фМРТ были получены различные паттерны ответа структур головного мозга обследованных. Так, все наркозависимые по сравнению со здоровыми испытуемыми демонстрировали усиленный ответ островковой доли и дорсолатеральных префронтальных корковых отделов слева, структур гиппокампа (преимущественно справа). Следует отметить, что у 35% (n=14) испытуемых отмечались зоны активации в проекции передних отделов моста и базальных ядер. При этом установлены области с достоверными активациями в системах «памяти» (гиппокамп); «мотиваций и эмоций» (префронтальная кора и таламус). Отдельно следует отметить активации зоны «когнитивного контроля», расположенной в префронтальной коре. Данный факт может быть соотнесен с результатами психометрической методики SOKRATES, демонстрирующими высокие показатели готовности к лечению и изменению жизненных позиций. Активации в зоне ствола и моста головного мозга вероятнее всего связаны со скоплением в этой области опиоидных рецепторов. При этом, остается неясным, почему структуры головного мозга, ответственные за систему «вознаграждения» (островок, бледный шар), оказались задействованными. Полученные предварительные результаты требуют более детального изучения в дальнейшем с помощью других методов нейровизуализации, таких как диффузионно-тензорная МРТ, воксельная морфометрия, спектроскопия и позитронно-эмиссионной томография головного мозга. Сочетание клинических и инструментальных лучевых методов предоставляет возможность более комплексно и объективно рассмотреть проблему аддиктивной патологии в целом.

## **НЕКОТОРЫЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Тарумов Д.А.**, Tarumov@live.ru – преподаватель кафедры психиатрии, Военно-медицинская академия им.С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

**Мананцев П.А.**, аспирант Военно-медицинской академии им.С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

### **SOME NEUROIMAGING ASPECTS OF STRESS DISORDERS**

**Tarumov D.A.**, Tarumov@live.ru – S.M.Kirov Military Medical Academy, Saint-Peterburg.

**Manantsev P.A.**, S.M.Kirov Military Medical Academy, Saint-Peterburg.

При воздействии опасного жизнеугрожающего состояния включается каскад нейробиохимических и психофизиологических реакций, в том числе и в структурах головного мозга. Центральной структурой, обеспечивающей функционирование основного субстрата стресса-чувства страха, является миндалина, управляющая базовой «эмоциональной окраской» стрессовой информации, в то время, как медиальная височная кора и гиппокамп дифференцируют мотивационные аспекты страха. Так, например, гиппокамп – носитель «эмоциональной памяти» позволяет сравнивать настоящую угрозу с опытом прошлых стрессов. Медиальные и префронтальные отделы мозга, глазнично-лобная кора (11,12 Бр.), передняя поясная извилина (24, 32 Бр.) могут «ингибировать» миндалину, снижать ее чувствительность к стрессовым воздействиям, обеспечивая механизм избавления от страха. Подмозолистая область (25 Бр.), глазнично-лобная область отвечают за интеграцию социальных, эмоциональных и личностных аспектов реакции на стресс.

Впервые лучевые методы для исследования последствий стресса у бывших узников концлагерей методом пневмоэнцефалографии были применены Thygesen в 1970 г. В этих экспериментах была выявлена атрофия мозговых структур различной степени в 81% случаев. В настоящее время в подобных исследованиях применяются практически все



методы функциональной и структурной нейровизуализации. Так по результатам стандартной анатомической МРТ при ПТСР у ветеранов войны во Вьетнаме объем гиппокампа справа был на 8% меньше (Bremner). Однако Gurvits в схожем эксперименте выявил двустороннее снижение объема тех же структур. По данным МРС отмечается снижение N-ацетиласпартата в гиппокампе, что указывает на уменьшение плотности нейронов. Противоречивость этих данных подчеркнута опытом De Bellis, выявившим зависимость между объемом мозолистого тела и началом насилия в отношении ребенка (чем раньше было насилие, тем меньше объем). В настоящее время Vonpe et al. (2014) показали, что уменьшение объема гиппокампа является возможным фактором развития ПТСР, а многократное переживание сильного стресса приводит к изменению названной структуры в течение 6 месяцев. Так отечественными учеными (Шамрей В.К., Труфанов Г.Е., Бойков И.В., Железняк И.С., 2015) в собственных исследованиях показано восстановление метаболизма в головках хвостатых ядер при ПЭТ с 18-ФДГ у пациентов с «невротической» депрессией, связанной со стрессом. Также отмечается атрофия белого вещества, увеличение объема серого вещества в верхней височной коре, ослабление лобной асимметрии. Последнее время отмечается рост западных научных публикаций по поиску нейрофункциональных коррелятов подверженности стрессорным факторам, дифференциальной диагностике стрессовых и расстройств и, в том числе, с применением новейших методик обработки МРТ и программных технологий, но многие из них носят противоречивый характер. Данная научная проблема нуждается в дальнейшем уточнении с применением комплекса современных лучевых методик и клиникопсихопатологического метода.

### **КРАТКОСРОЧНАЯ ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Ташлыкков В.А.**, vtashlykov@mail.ru – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова,  
**BRIEF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOFARMAKOTHERAPY OF DEPRESSIVE DISORDES IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS**

**Tashlykov Viktor Anatolievich**, vtashlykov@mail.ru – Dr/ Med.Sci., Prof. of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov.

Как показал ряд исследований, клинически выраженные депрессии диагностировались у больных ревматоидным артритом в 33% случаев (Петрова Н.Н., Федорова А.В., 2004), а депрессивные расстройства широкого спектра – у 44% обследованных (Кремлева О.В., 2004). В наших исследованиях (Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыкков В.А., 2015) у 250 больных с длительно текущим ревматоидным артритом высокой и средней степени активности выявлено 59,87% случаев легкой и умеренно выраженной депрессии. У данных пациентов, как правило, присутствуют наряду с соматогенным нозогенный (реакция личности на болезнь) и психогенный (влияние психотравмирующих жизненных обстоятельств) факторы развития депрессии. Сочетание депрессивного расстройства и болевого синдрома при ревматоидном артрите негативно влияет на динамику болезни, усложняя и утяжеляя клиническую картину и затрудняя лечение. Врачи общей практики, по данным многочисленных зарубежных исследований, не только недостаточно выявляют депрессию (в половине случаев), но и редко проводят адекватное лечение, в том числе, не применяют необходимый общий психотерапевтический подход (в рамках рациональной психотерапии при коррекции внутренней картины болезни и оптимизации комплайенса).

Психотерапевтические задачи включают не только запрос пациента на устранение депрессивного переживания и боли, но и коррекцию депрессивного мышления и поведения, повышение самооценки, приобретение навыков контроля и совладания с негативными эмоциями, достижение ослабления навязчивой фиксации на боли и мышечном напряжении, мобилизации личностных и социальных ресурсов пациента. Наиболее адекватной для решения этих задач является модель краткосрочной интегративной психотерапии с включением когнитивно-поведенческих и гипно-терапевтических техник (курс 5-6 сеансов).. Когнитивные техники позволяют заменить дисфункциональные представления на реалистические, добиться коррекции депрессивного мышления и поведения. Поведенческие методики позволяют освоить пациенту релаксацию и мобилизацию активности (имаготерапевтические приемы). Применение гипнотерапии способствует снижению мышечного напряжения и ослаблению боли. Наряду с базисной терапией и психотерапевтическими воздействиями существенным в лечебной программе является применение антидепрессантов, преимущественно СИОЗСиН, обладающих анальгезирующим эффектом.

Таким образом, клинические особенности сочетания депрессии и болевого синдрома при ревматоидном артрите отражают психосоматические соотношения, требующие дополнения к базисной терапии краткосрочной интегративной психотерапии и антидепрессантов с противоболевым действием.

### **ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Фархутдинова Луиза Валеевна**, luizaval@eandex.ru – доктор медицинских наук, профессор кафедры специальной педагогики и психологии Башкирского государственного педагогического университета.

**Кускильдина Фатима Махмутяновна**, заведующая ГБОУ №6 для детей с нарушением слуха г.Уфы РБ.

**INTEGRATIVE APPROACHES IN PSYCHOTHERAPY FOR FAMILIES WITH DISABLED CHILDREN**

**Farkhutdinova Luiza V., Kuskildina Fatima M.**

Анализ проблем в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, показывает, что чаще всего это отсутствие доверительности в отношениях между родителями, неспособность к принятию совместных решений, и даже при осознании проблем – неумение их урегулировать. При решении таких проблем в первый период после рождения ребенка и установления диагноза часто приходится прибегать к техникам медиации, предпочтительно трансформативной медиации (transformative approach). Это на некоторое время создает достаточно благоприятный климат для развития ребенка в период, когда определяется его образовательный маршрут. Вместе с тем, с течением времени появляются проблемы, которые требуют комплексного вмешательства – применения не только сочетания приемов различных психотерапевтических направлений, но и концептуальный синтез разных систем психотерапии. По нашему мнению, решение этих проблем возможно лишь в рамках интегративной психотерапии, которая предполагает интегрированный подход к анализу проблемы и реализации психотерапевтических технологий.

На базе дошкольного коррекционного образовательного учреждения для глухих дошкольников организована группа для детей раннего возраста (занятия начинаются с 6 месяцев) и ресурсный центр, задачей которого, среди прочих, является и помощь родителям, как в освоении образовательных технологий, так и психотерапевтическая. Разработанная и применяемая нами программа включает психологическую диагностику семьи, анализ семейных отношений. Этот этап помогает родителям понять наличие проблемы, осознать возможность работы с ней. Это позволяет психотерапевту определить дальнейшую тактику работы и технологии вмешательства. Создание такого центра и раннее начало работы приносит положительный результат не только с точки зрения обучения ребенка, но и с точки зрения возможности сохранения семьи, создания в ней благоприятного климата для развития ребенка.

### **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И РОЛЬ В НЕМ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Федосова Елена Георгиевна**, психотерапевт Центра развития речи «АиБ», г. Москва [lena\\_fedosova@mail.ru](mailto:lena_fedosova@mail.ru), к.м.н.

**Азбукина Ольга Дмитриевна**, логопед высшей категории, руководитель Центра развития речи «АиБ», г. Москва;

**Половнева Наталья Александровна**, нейродефектолог Центра развития речи «АиБ», г. Москва.

### **COMPLEX APPROACH TO TREATMENT FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND PLAY THERAPY**

**Elena G. Fedosova**, M.D., psychotherapist, Speech Pathology Center "AIB"

**Olga D. Azbukina**, speech and language therapist, Speech Pathology Center "AIB"

**Natalia A. Polovneva**, speech-language pathologist Speech Pathology Center "AIB"

Комплексный подход к лечению детей с нарушениями речи является наиболее эффективным. В России он реализуется в Центре патологии речи и нейрореабилитации (г. Москва, руководитель доктор психологических наук, профессор, действительный член РАО В.М.Шкловский). За рубежом одним из примеров такого подхода является DIR/Floortime – автор Стенли Гринспен (США). В этой системе большое значение придается методам игровой недирективной терапии, аналогами которой в нашей стране можно считать программы, реализуемые в лаборатории Никольской О.С. (ИКП РАО) и др.

Комплексная помощь детям в Центре развития речи «АиБ» (г. Москва) включает в себя медикаментозную коррекцию, коррекционно–развивающие логопедические занятия по методу к.п.н. Т.С. Резниченко, нейропсихологическую коррекцию, логоритмические занятия, развитие гностико-практических функций. Психотерапевтическая помощь в нашем центре интегрирует недирективный подход (DIR/Floortime) и более директивные направления коррекции, принятые в России.

Собственный опыт. Сеансы проводились с детьми 2,5 – 6 лет с тяжелой задержкой в развитии речи. Часть детей не имели средств вербальной коммуникации. Практически во всех случаях у детей были поведенческие расстройства. На начальном этапе игровая деятельность многих детей была представлена стереотипными действиями или действиями, направленными на стимуляцию отдельных сенсорных систем.

Курсы игровых сеансов проводились в течение 6–12 месяцев. Положительным результатом курса психотерапии мы считали появление у ребенка стремления устанавливать контакт со взрослым; использование этих коммуникаций для решения различных задач, а также прогресс игровой деятельности – ее развитие и усложнение. Поведение всех детей стало более упорядоченным, возросла произвольность их деятельности, улучшилась саморегуляция. Значительный прогресс достигнут и в развитие речи. Уровень тревожности родителей значительно снизился.

Т.о. включение игровой психотерапии в комплексные программы лечения детей с нарушениями речи позволяет развить средства коммуникации ребенка наиболее естественным путем, приближая его искаженное психическое развитие к нормативному. Этот путь является наиболее комфортным как для ребенка, так и для его родителей.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ МЕТОДАМИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

**Филиппов Вадим Леонидович**, [grech@fmbamail.ru](mailto:grech@fmbamail.ru); [vadim\\_filippov\\_43@mail.ru](mailto:vadim_filippov_43@mail.ru) – заведующий лабораторией комплексной оценки состояния здоровья и профилактики ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены профпатологии и экологии человека» Федерального медико- биологического агентства, докт. мед. наук, профессор, врач-психиатр, врач-психотерапевт.

**Филиппова Юлия Вадимовна**, кандидат медицинских наук доцент, ведущий научный сотрудник ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены профпатологии и экологии человека» Федерального медико-биологического агентства, врач-психиатр, врач-психотерапевт.

## **EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS BY MEANS OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY, PSYCHOTHERAPY, AND ACUPUNCTURE**

**Filippov Vadim Leonidovich**, gpech@fmbamail.ru; vadim\_filippov\_43@mail.ru – Head of Laboratory of Complex Health Assessment and Prevention, Research Institute of Hygiene, Occupational Pathology and Human Ecology Federal State Unitary Enterprise, Federal Medical Biological Agency, Doctor of Medical Sciences, Professor, clinical psychiatrist, clinical psychotherapist.

**Filippova Yuliya Vadimovna**, Leading Researcher, Research Institute of Hygiene, Occupational Pathology and Human Ecology Federal State Unitary Enterprise, Federal Medical Biological Agency, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, clinical psychiatrist, clinical psychotherapist.

Проблема совершенствования научно-методических и практических подходов повышения эффективности лечения пациентов, находящихся в многопрофильных соматических стационарах, обусловлена продолжающимся ростом распространенности психосоматических расстройств (ПСР). Негативные вызовы последнего десятилетия XX века и начала XXI обусловили резкое увеличение распространённости всех психических болезней.

До настоящего времени в больницах и поликлиниках основное внимание уделяется соматической сфере, а квалифицированной оценке состояния психического здоровья, персонализированному подходу внимания уделяется недостаточно, что не позволяет осуществлять современные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

*Цель работы* – рассмотрение эффективности лечения пациентов с психосоматическими расстройствами методами психофармакотерапии, психотерапии и иглорефлексотерапии.

*Материал, методы и результаты исследования.* Проведены комплексная оценка и анализ распространенности ПСР среди пациентов соматического стационара. Исследовано 1291 больных, страдающих психосоматическими расстройствами (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, бронхиальная астма, диабет 2-го типа и др.). Использован клинико-психопатологический метод исследования. Мужчин было 456 (35,3%), женщин – 835 (64,7%). Распределение всех исследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство было старше 40 лет (65,1%). На возрастные группы до 29 лет и от 30 до 39 лет приходится 34,9% (16,3% и 18,6%, соответственно). Мужчин до 29 лет было 5,8%, женщин – 9,7%; мужчин в возрасте от 30 до 39 лет было 6,7%, женщин 14,6%; мужчин 40 лет и старше было 24,4%, женщин 38,8%.

Обследованным пациентам проведено комплексное лечение методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии с учетом личностных особенностей, нозологической принадлежности и клиники психосоматических заболеваний.

*Результаты.* Среди обследованных больных более половины страдали тревожно-депрессивными расстройствами (51,3%) различной степени выраженности и нозологической принадлежности, которые ранее не были диагностированы, а пациенты не получали адекватного лечения. В психоневрологической помощи нуждались все пациенты, а 39,3% больных неоднократно госпитализировались в стационары и длительно лечились в поликлиниках. Отсутствие своевременной диагностики у пациентов ПСР в больницах и поликлиниках специалистами в области психического здоровья приводило к росту заболеваемости с временной утратой трудоспособности, их хроническому течению и рентным установкам, что наносит экономический ущерб страховым компаниям и государству.

Индивидуальная и групповая психотерапия при ПСР проводилась с использованием реконструктивно-личностных, когнитивных, гипнотических и тренинговых техник, направленных на снижение тревожно-стрессового отношения к болезни, формирование устойчивой мотивации к выздоровлению и профессиональной деятельности. Учитывая высокую частоту тревожно-депрессивных расстройств, индивидуально подбирались антидепрессанты, малые транквилизаторы, ноотропные и сосудистые средства, а также препараты с учетом коморбидности. Иглорефлексотерапия проводилась с использованием канонических принципов диагностики и воздействия на биологически активные точки общего, сегментарного и местного действия с учетом каналов и меридианов конкретного заболевания.

*Заключение.* Установлена высокая эффективность комплексного лечения методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии: выздоровление – 59,4%, значительное улучшение – 25,2%, без существенного улучшения – 15,4%. Результаты исследования указывают на необходимость создания новых организационных моделей диагностики и оказания специализированной психотерапевтической помощи лицам, страдающим ПСР, невротическими и другими непсихотическими расстройствами в условиях многопрофильных соматических стационаров и поликлиник.

Учитывая высокую распространенность ПСР среди пациентов больниц, необходимо директивно внедрить в полном объеме систему психиатрической и психотерапевтической помощи во всех многопрофильных соматических больницах в соответствии с Приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи».

## **РОЛЬ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ВЫБОРЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ.**

**Хасанова Камола Дилаварходжаевна**, Farhotmail@mail.ru – ассистент кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей.

## **THE ROLE OF THE PSYCHODIAGNOSTIC METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS WHO ARE PRONE TO DEVIANT BEHAVIOR.**

**Khasanova Kamola Dilavarkhodjayevna**, Farhotmail@mail.ru – Assistant of the Department of Psychiatry and Psychotherapy at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education.

Совершенствование лечебно-реабилитационных и профилактических мер у больных с алкогольной зависимостью и девиантными проявлениями имеют важное значение в наркологии.

*Целью* исследования являлось изучение эффективности психодиагностических методик для дальнейшей тактике выбора психотерапии в реабилитации больных с алкогольной зависимостью и девиантным поведением.

*Материалы и методы исследования.* В исследовании приняли участие 69 больных мужчин с алкогольной зависимостью, у которых были выявлены девиантно-поведенческие проявления и соответствовавшие критериям МКБ-10 «Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя»; синдром зависимости (код F 10.2). Средний возраст мужчин исследуемой группы составил 33,5±7,2 лет.

В нашем исследовании мы использовали ряд психодиагностических методик основные из них – опросник для выявления девиантных поведенческих проявлений по Змановской Е.В. (2004), характерологический вопросник для выявления акцентуаций личности (вопросник ММРІ, сокращенный вариант Мини-мульт в адаптации Л.Н.Собчик).

Неустойчивый тип личности составил основную группу 46 (67 %) у этих больных часто отмечались в анамнезе аффективные вспышки с реакцией агрессии. Ананкастный и комформный тип личности соответственно: 16 (23%) и 7 (10%).

*Результаты и обсуждение.* Была использована психотерапевтическая лечебная программа, состоящая из 4 основных этапов: психотерапевтическая беседа, мотивационное собеседование, психотерапевтическая коррекция, поддерживающая психофармакотерапия.

Нам неизвестны были катамнестические сведения о 18 (10,1%) пациентах, которые прошли два первых этапа терапии и после проведения когнитивно-поведенческой психотерапии не соблюдали предложенный им график посещения врача. Оставшиеся пациенты (51 человек) сплошным способом были разделены на 2 группы:

1 группа – 26 больных, которые получали 4-этапную психотерапию.

2 группа – 35 больных, которые получали базисную психофармакотерапию.

Во 2й группе срыв ремиссии наступал статистически значимо ( $P<0,05$ ) чаще в течение первых 6 месяцев после начала лечения. Терапевтическая ремиссия сроком 12–24 месяца после начала терапии наблюдалась у 40% больных 1й группы, тогда как у пациентов подгруппы 16 в 22,8% случаев.

*Выводы.* Таким образом, психотерапия алкогольной зависимости с девиантным поведением должна опираться не только на особенности клинической картины аддикции, но и учитывать особенности личности и проявления девиантных паттернов в поведении пациента.

## **ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ИНИЦИАЛЬНОЙ СТАДИИ**

**Хяникяйнен Игорь Викторович**, hanikainen@yandex.ru – ассистент кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Петрозаводского государственного университета.

## **APPROACHES TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA OF BRAIN AT THE INITIAL STAGE**

**Hyanikyaynen Igor Victorovich**, hanikainen@yandex.ru – Assistant of neurology and psychiatry Department, Medical Institute of Petrozavodsk State University.

Коррекция только неврологических симптомов и нормализация состояния церебральной гемодинамики не всегда приводит к улучшению показателей качества жизни больных с цереброваскулярными заболеваниями, особенно показателей, характеризующих эмоциональное состояние данных пациентов.

*Целью исследования* являлась разработка алгоритма психотерапевтической коррекции пациентов с хронической ишемией мозга (ХИМ) первой стадии.

*Материалы и методы исследования.* Для оценки динамики психосоциальных и гемодинамических показателей на фоне проведения психофармакотерапии было отобрано 160 пациентов организованной популяции г. Петрозаводска (средний возраст 53,9±8,1 лет; гендерный индекс 1:1), имеющих клиническую картину цереброваскулярного заболевания, подтвержденную результатами магнитно-резонансной томографии головного мозга (сосудистые очаги –  $n\leq 5$ , лейкоареозис –  $\leq 10$  мм, атрофия мозга –  $\leq 1/8$  объема полушарий) при инициальной стадии ХИМ. Кроме того, диагноз подтверждали с помощью триплексного сканирования брахиоцефальных и мозговых артерий, а также использовали прочие лабораторные и нейрофункциональные методы диагностики ХИМ.

*Результаты и их обсуждение.* В комплексном лечении больных с диагностированной ХИМ I стадии использовали лично разработанный алгоритм психотерапевтической коррекции. Так, терапевт выполнял коррекцию модифицируемых факторов риска цереброваскулярного заболевания. «Мишенью» невролога являлось медикаментозное воздействие на звено патофизиологических органических нарушений – макро- и микроангиопатию. С учетом патогенеза психосоматического контура патогенеза ХИМ, специалисты мультидисциплинарной бригады производили коррекцию: эмоционально-вегетативных нарушений – посредством прогрессирующей мышечной релаксации (медицинский психолог); личностно-психологических – когнитивной терапии через дезактуализацию дисморфофункциональных когниций в схеме «стимул – когнитивная переработка – эмоционально-поведенческая реакция» (психотерапевт); обсессивно-фобических проявлений –

императивного внушения наяву в состоянии сильного эмоционального напряжения (психотерапевт). Выбор того или иного метода психотерапии осуществлялся по динамике определенных психосоциальных характеристик после проведенного лечения в рандомизированных терапевтических группах.

**Выводы.** В лечении пациентов с дебютом хронической ишемии мозга должна участвовать полипрофессиональная бригада специалистов. Терапевт и невролог осуществляют коррекцию гемодинамического контура патогенеза хронического цереброваскулярного заболевания посредством фармакотерапии по стандартным методикам. Алгоритм психотерапевтической коррекции детерминирован нарушенными звеньями психосоматического контура патогенеза хронической ишемии мозга (стрессоры – личностные особенности – психо-вегетативные нарушения), который «вырисовывается» при составлении психологического портрета у конкретного пациента с сосудистым заболеванием головного мозга.

#### **ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ КАК МЕТОД ИХ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ**

**Чалдышкин Андрей Васильевич**, врач-психотерапевт, заведующий лечебно-производственными мастерскими ФКУ СПбПБСТИН\*, abcd87@yandex.ru

**Литвин Александр Сергеевич**, врач-психотерапевт ФКУ СПбПБСТИН, li3vin@inbox.ru

**Косова Елена Олеговна**, клинический психолог ФКУ СПбПБСТИН, kosova\_elena@bk.ru

#### **DISTANCE LEARNING IS SOCIALLY DANGEROUS PATIENTS ON COMPULSORY TREATMENT, AS A METHOD OF THEIR RE-SOCIALIZATION**

**Chaldyshkin Andrei Vasil'evich**, doctor-psychotherapist, head of the medical-industrial workshops FKU SPbPBSTIN, abcd87@yandex.ru, +79216553849

**Litvin Aleksandr Sergeevich**, doctor-psychotherapist FKU SPbPBSTIN

**Kosova Elena Olegovna**, clinical psychologist FKU SPbPBSTIN

Одной из важнейших задач принудительного лечения является необходимость дальнейшей ресоциализации пациентов. В связи, с чем в 2014 году, в рамках реабилитационного процесса, на базе ЛПМ больницы, была организована группа дистанционного обучения, для предоставления пациентам возможности получения среднего профессионального образования на базе одного из университетов Санкт-Петербурга по специальности «Экономика и бухгалтерский учет».

Отбор проводился полипрофессиональными бригадами отделений. В состав группы обучающихся были включены 12 человек: 11 – с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма» и 1 – с диагнозом «Органическое расстройство личности». Психический статус пациентов оценивался как медикаментозная ремиссия.

Организация обучения: с помощью технических средств и специального программного обеспечения (Adobe Acrobat Connect) дистанционное обучение пациентов проходило в постоянном контакте с преподавателями и аудиторией. При этом обучающиеся, в соответствии с расписанием, в формате видеоконференций, не только слушали лекции преподавателей, но и наблюдали визуальную информацию (например, в виде презентации), кроме того, получали электронные файлы с учебным материалом, а также имели возможность задавать вопросы в чате и оперативно получить ответы лектора. Для организации данного вида обучения достаточно наличия персонального компьютера, оснащенного гарнитурой, веб-камерой и подключенного к сети Интернет. При этом, даже после выписки из больницы, находясь дома или в любом другом месте, где есть выход в Интернет, пациент может продолжить обучение.

Учебные занятия проводились до 4-х раз в неделю, длительностью по 4 академических часа. Занятия курировались врачом-психотерапевтом.

По завершению обучения (2,5 года), 9 больных из 12-ти (трое больных на начальных этапах отказались от обучения) в январе 2017 г. получили дипломы государственного образца.

Кроме того, также было выявлено, что у пациентов с психическими расстройствами, наряду с фармакотерапией и психотерапией, процесс обучения благотворно сказывается на некоторых когнитивных функциях, улучшает адаптационные способности, а также позитивно отражается на функциональном состоянии центральной нервной системы (ЭЭГ).

Таким образом, несмотря на известные ограничения принудительно лечения, проведение вышеописанного дистанционного обучения возможно, а полученная пациентами профессия, востребованная на рынке труда, поможет им в дальнейшей ресоциализации.

\*ФКУ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» (Главный врач – В.Д.Стяжкин)

#### **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

**Шарипова Фарида Камильевна**, farida48@mail.ru – Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан, доцент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии.

#### **PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I**

**Sharipova Farida Kamilevna**, farida48@mail.ru – Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, docent of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.

*Цель исследования:* изучить психоэмоциональные изменения у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных.

*Материалы и методы исследования:* были обследованы 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в НИИ Эндокринологии города Ташкента. Для исследования эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

*Результаты.* Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На инициальном этапе у 26 подростков (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью (23%), ощущение враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%).

*Вывод:* психоэмоциональные изменения выявляются у 88% подростков с СД I типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику и приводят к социальной дезадаптации подростков.

## **ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

**Шигакова Фания Анваровна**, dr.fshigakova@gmail.com – ассистент кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей, д.м.н.

## **INTEGRATION OF PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGY AS AN IMPORTANT FACTOR IN THE REHABILITATION OF FEMALE OPIUM ADDICTS**

**Shigakova Faniya A.**, dr.fshigakova@gmail.com – Assistant of the Department of Psychiatry and Psychotherapy at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, doctor of medicine science.

Современная модель лечения наркологических заболеваний основана на комплексном подходе, в ходе которого обеспечивается взаимодействие лечебных собственно реабилитационных (социально-психологических) мероприятий с взаимным подкреплением их эффекта. Лечебно-реабилитационный процесс должен интегрировать в себя медикаментозное, психотерапевтическое и психологически-социальное воздействие.

*Целью исследования* являлось изучение эффективности интегративных тенденции в психотерапии и психологии в реабилитации женщин страдающих опийной зависимостью.

*Материалы и методы исследования.* В исследовании приняли участие 131 больной опийной наркоманией (код F11.2) проходивших стационарное лечение в Республиканском Наркологическом Центре (Узбекистан). Основную группу составили 66 женщины в возрасте от 18 лет до 52 лет (Me 32,0 года IQR 27,3:37,8). В группу сравнения вошли 65 мужчин в возрасте от 23 лет до 50 лет (Me 36,0 года IQR 32,0:39,0).

*Результаты и обсуждение* Результаты, полученные при исследовании, свидетельствуют о том, что для вовлечения женщин в наркоманию необходимы дополнительные факторы риска: более молодой возраст (до 20–25 лет); дисгармоничное воспитание в родительской семье и конфликтные отношения с родственниками; конфликтные отношения в собственной семье; проживание с наркозависимым партнером (мужем/сожителем); наличие трудностей в преодолении жизненных кризисов, социальной адаптации. На этапе лечебно-реабилитационного процесса определяется уровень реабилитационного потенциала (УРП) больных. Высокий УРП имели 18 (27,2%) женщин и 27(41,5%) мужчины, средний – 24 (36,4%) женщина и 25(38,5%) мужчины. Низкий УРП достоверно чаще определялся у женщин (24 – 36,4%), чем у мужчин (13 – 20,0%) (ОШ 2,29; 95%ДИ 1,04-5,03; P=0,05). Нами была разработана специальная программа психотерапевтических и психологических методов ориентированных для женщин больных опийной наркоманией. Мероприятия на психологическом уровне включали: изучение критики к болезни и установки на лечение, определение используемых способов психологической защиты, изучение личностных проблем пациентов, установку психотерапевтического контакта, мотивирование на дальнейшее участие в лечебно-реабилитационном процессе. Мы использовали сеансы краткосрочной групповой психодинамической психотерапии, которые была разработаны для женщин.

*Выводы:* Для эффективности реабилитационных программ у женщин больных опийной наркоманией необходима интеграция психотерапевтических и психологических методов.

## **МЕСТО ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Шишков Валерий Витальевич**, vvshishkov@yandex.ru – доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, к.м.н., врач психотерапевт Консультативно-диагностического Центра клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

## **THE PLACE OF HYPNOSUGGESTIVE PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

**Shishkov Valery**, vvshishkov@yandex.ru – Associate Professor of Psychiatry and Addiction of Saint-Petersburg State Pediatric Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, MD, PhD, psychotherapist.

Мы не отрицаем необходимости психологической помощи пациентам с психосоматическими расстройствами. Особенно это представляется важным с точки зрения соматопсихических взаимоотношений, для правильного формирования отношения личности к болезни. Но эта задача, направленная на развитие и укрепление механизмов компенсации или гиперкомпенсации, должна быть первоочередной только при неизлечимых, инвалидизирующих заболеваниях. На основе анализа страхов и отношения к болезни подростков, страдающих тяжелыми формами бронхиальной астмы, мы пришли к выводу, что такой подход всегда вызывает у подростков негативизм, т.к. первоочередным их желанием является избавление от приступов, а не приспособление к ним. Поэтому главная задача комплексного лечения психосоматических заболеваний – нормализовать нарушенную функцию, к примеру, снизить частоту и силу приступов у больного бронхиальной астмой, уменьшить зуд и количество высыпаний при нейродермите, и т.п. Для этого психотерапия, оказывающая влияние не только на личность пациента в целом, делающая его спокойным и уверенным в себе, но и действующая на конкретный симптом, на функцию того или иного органа, незаменима. Среди психотерапевтических техник, оказывающих влияние в первую очередь на функцию того или иного органа, одно из первых мест принадлежит гипносуггестивной психотерапии и методам психической саморегуляции. Сеансы при различных патологиях стоит завершать четкими формулировками. Так, при бронхиальной астме «всегда и везде дышу легко и свободно...», при нейродермите «кожа становится чистой, высыпания и зуд исчезают», и т.п. Эти методы, как и отдельные приемы бихевиотерапии, будут преимущественно влиять на функцию. Оптимальным нам представляется построение таких сеансов более развернуто, чтобы они были не только центрированы на ту или иную функцию, а направлены более широко на пациента. Тогда можно говорить о том, что даже при незначительных успехах в лечении расстройства той или иной функции, психотерапия будет оказывать влияние как на психогенную составляющую этиопатогенеза заболевания, так и на соматопсихический компонент заболевания. В процессе таких сеансов дети и подростки обучаются аутогенной тренировке, самостоятельное усвоение которой вызывает затруднения даже у взрослых. Чтобы исключить вероятность рецидивирования психосоматического расстройства, после достижения функциональной компенсации или улучшения, следует применять глубинные методы: групповую (личностно-ориентированную) или игровую психотерапию.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ**

**Щелкова Ольга Юрьевна**, olga.psy.pu@mail.ru – профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет.

**Усманова Екатерина Бахромовна**, соискатель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет.

### **INTERCONNECTION OF PERSONALITY CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BONE TUMORS**

**Shchelkova Olga Yu.**, olga.psy.pu@mail.ru – professor, the Department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University.

**Usmanova Ekaterina B.**, post-graduate, the Department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University.

В связи с актуальностью проблемы адаптации личности к онкологическому заболеванию изучена взаимосвязь психологических характеристик с основными параметрами связанного со здоровьем качества жизни (КЖЗ) 120 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n=41), гигантоклеточной опухолью (n=31), хондросаркомой (n=30) и метастатическим поражением костей (n=18). Использовались методы оценки: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003), специализированный опросник качества жизни EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer) с модулем BM 22 (Aronson N.K. et al., 1993; Ионова Т.И. и соавт., 1998), а также тестовые психодиагностические методы: «Большая пятерка» (Первин О., Джон Л., 2001; Яничев Д.П., 2006), «Способы совладающего поведения» (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010), «Тест смысложизненных ориентаций» (Леонтьев Д.А., 2006). Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью двухфакторного дисперсионного анализа с использованием t-критерия Стьюдента, корреляционного анализа (р-критерий Спирмена); был проведен кластерный и многофакторный дисперсионный анализ; применялись стандартные методы, включенные в статистические пакеты Statistica 6.0 и Excel XP.

Результаты исследования показали, что личностные, поведенческие и ценностно-смысловые характеристики различаются при разных нозологических формах опухолевого поражения костей и по-разному взаимосвязаны с основными параметрами качества жизни больных. Наиболее неадаптивные психологические характеристики и низкие показатели качества жизни отмечаются в группе больных с метастатическим поражением костей.

Выявлено, что при опухолевом поражении костей наилучшие показатели КЖЗ имеют пациенты, характеризующиеся следующими особенностями поведения и личности: высокий уровень осмысленности жизни и личностных ресурсов (способности к саморазвитию), склонность к согласию и сотрудничеству (кооперативность), преобладание в трудных

ситуациях когнитивной стратегии преодоления «положительная переоценка». Напротив, самые низкие показатели КЖЗ имеют пациенты с низким уровнем личностных ресурсов и низким уровнем взаимодействия с проблемой, низкой осмысленностью жизни и высокой социальной зависимостью. Полученные данные могут составить основу программ психологического сопровождения и психосоциальной реабилитации онкологических больных.

#### **НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПСИХОАКУСТИКЕ**

**Яковлев Александр Викторович**, sven-7@mail.ru – начальник научно-исследовательской лаборатории (измерительной аппаратуры и моделирования), Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова.

**Караваяева Татьяна Артуровна**, tania\_kar@mail.ru – главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева».

#### **SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF INFORMATION AND TECHNICAL SUPPORT OF RESEARCH ON PSYCHOACOUSTICS**

**Yakovlev Alexander Victorovich**, sven-7@mail.ru – Head of Research Laboratory of measuring facilities and simulation of the Military Medical Academy named after SM Kirov.

**Karavaeva Tatiana Arturovna**, tania\_kar@mail.ru – Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Существенное изменение среды обитания человека, повсеместная информатизация, формирование картины мира на основе виртуальной реальности и др. порождают риски нарушения психического здоровья человека. В связи с этим исследования в области психотерапии, психофармакотерапии и психологического консультирования становятся все более междисциплинарными.

Психоакустические исследования проводятся на стыке психотерапии, акустики, когнитивной науки, лингвистики, информатики. Сложность их проведения связана с решением ряда научных задач:

1. Создание эталонных условий для акустических измерений, предполагающее наличие акустической безэховой камеры. Важнейшим требованием к такой камере является возможность проведения ее метрологической аттестации. На сегодняшний день в нашей стране эти камеры не производятся. Основными производителями в мире являются компании Германии и США.

2. Эталонное воспроизведение в акустической безэховой камере требуемого акустического фона или воздействия. Решение этой задачи предполагает подбор эталонных акустических аудиоклонов, а также наличие максимально качественной бинауральной записи планируемого к предъявлению акустического воздействия.

3. Проведение бинауральной записи планируемого к предъявлению акустического воздействия. Решение этой задачи требует определения характеристик микрофонов и аналого-цифрового преобразователя, осуществляющего преобразование аналогового сигнала от микрофонов в цифровой сигнал высокого качества (т.н. цифровой магнитофон). Сложность состоит также в определении (разработке) программного обеспечения, реализующего требуемый функционал цифрового магнитофона.

4. Предъявление испытуемому визуальных стимулов традиционным способом (проектор, монитор) существенно нарушает характеристики акустической безэховой камеры. В связи с этим рассматривается возможность применения очков дополненной реальности, размещенных на самом испытуемом.

5. Синхронизация предъявления испытуемому аудиовизуального стимульного материала, помещение результатов измерений в систему хранения данных для анализа.

6. Разработка алгоритмов анализа больших массивов собранных данных (до нескольких терабайт).

Решение вышеперечисленных задач предполагают наличие комплексного информационно-технического решения, которое в настоящее время создается в Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

#### **ПЛАНИРОВАНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ С УЧЕТОМ СПЕЦИФИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ**

**Яшихина Анна Александровна**, akvaraul@mail.ru – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета.

#### **PLANNING PSYCHOCORRECTIONAL MEASURES IN PATIENT WITH PERSONALITY DISORDER CONSIDERING EMOTIONAL-MOTIVATIONAL SPHERE SPECIFICS**

**Yashikhina Anna Alexandrovna**, akvaraul@mail.ru – Assistant of the department of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology Samara state medical university.

Современные подходы требуют применения в лечении психических расстройств дифференцированного подхода и разработку унифицированных форм и методов в зависимости от нозологической принадлежности. Рядом авторов, начиная с П.Б. Ганнушкина (1930) отмечается, что в отношении пациентов с расстройством личности (РЛ) психотерапевтические и психокоррекционные методы воздействия являются наиболее предпочтительными. При этом в отношении данной нозологии, несмотря на их широкую распространённость, имеется небольшое число психотерапевтических методик. Наряду с нозоспецифичными «мишенями», выступающими в качестве точки воздействия, рядом авторов выделяется «мишени»,



специфичные для личности пациента, в качестве которых могут выступать особенности когнитивной, эмоциональной и мотивационной сферы. Целью проводимого исследования явилась разработка психокоррекционных мероприятий, учитывающих типологически-специфические характеристики эмоциональной и мотивационной сфер пациентов с РЛ. Для достижения поставленных задач использовался экспериментально-психологический метод диагностики параметров эмоционально-волевой сферы, в частности проективная методика исследования личности «Hand-test» Э.Вагнера и З.Пиотровски (1983). Исследованию подверглись 102 пациента с диагнозом РЛ амбулаторного звена Самарского психоневрологического диспансера (2005–2011г.). У пациентов с диссоциальным РЛ были получены следующие результаты: высокий показатель вероятности проявления агрессии в поведении ( $i=0,82$ ;  $p=0,01$ ), высокий процент «отказных» ответов ( $Fail=8,21$ ;  $p=0,035$ ), низкий уровень ответов категории «напряженность» ( $Теп=0,18$ ;  $p=0,026$ ), «калечность» ( $Сгip=0,36$ ;  $p=0,014$ ), «пассивность» ( $Рas=0,27$ ;  $p=0,033$ ). Выявленные показатели свидетельствуют о наличии у пациентов низкого уровня нервно-психической напряженности в сочетании с хорошей эмоциональной устойчивостью, высоким уровнем активности с повышенной вероятностью проявления агрессии в поведении, по сравнению с остальными группами пациентов, и игнорировании физических ощущений. У пациентов с истерическим и тревожным РЛ достоверных различий выявлено не было, что указывает на близость структуры их личностной организации. Особенности эмоционально-волевой сферы были выявлены у пациентов с шизоидным, обсессивно-компульсивным, а так же эмоционально-неустойчивым РЛ. Полученные данные, характеризующие эмоционально-волевою сферу, могут выступать в качестве специфических «мишеней» для построения психокоррекционных программ.