

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 также 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

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

Отечественная психотерапия и психология:
становление, опыт и перспективы развития

(к 85-летию отделения неврозов и психотерапии
Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)

Санкт-Петербург, 30–31 марта 2018

МОСКВА
2018

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ ARTICLES

Александрова О.В., Дерманова И. Б. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА Alexandrova O.V., Dermanova I.B. EXISTENTIAL ATTITUDES AND EXPERIENCES OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS ASSOCIATED WITH LIFE-THREATENING DISEASES OF THE CHILD.....	13
Алькина М.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ОБЩИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ СМЕШАННОГО ТИПА Alkina M.V. DETECTION OF THE GENERAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN OF THE ADMIXED TYPE.....	16
Арпентьева М.Р. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС И ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ Arpentieva M.R. MEDICAL DISCOURSE AND THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO DISABLED PEOPLE.....	20
Бочаров В.В., Шишкова А.М., Сивак А.А., Ипатова К.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЙ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Bocharov V., Shishkova A., Sivak A., Ipatova K. INTERRELATION OF LIFE-PURPOSE ORIENTATIONS AND "EMOTIONAL BURNOUT" IN RELATIVES OF PATIENTS' WITH ADDICTIVE DISORDERS.....	26
Катков А.Л. ФЕНОМЕН ПСИХОПЛАСТИЧНОСТИ В ПСИХОТЕРАПИИ Katkov A. L. THE PHENOMENON OF PSYCHOPLASTICES IN PSYCHOTHERAPY.....	29
Катков А.Л. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРАЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ Katkov A. L. MODERN APPROACHES TO INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY.....	47
Катков А.Л. СТРАСТИ ПО ЗАКОНУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ Katkov A. L. PASSIONS AROUND LAW OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION.....	55
Ковшова О.С., Горбунова Е. О. ВЫЯВЛЕНИЕ «СУИЦИДАЛЬНОЙ УЯЗВИМОСТИ» В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ Kovshova O.S., Gorbunova E.O. THE IDENTIFICATION OF "SUICIDAL VULNERABILITY" IN THE YOUTH ENVIRONMENT.....	69
Макаров В.В. ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ИЗ ПРОШЛОГО В НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ Makarov V.V. RUSSIAN PSYCHOTHERAPY: FROM THE PAST TO THE PRESENT AND FUTURE.....	71
Макаров В.В., Саргсян А.Х АЛКОГОЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ «НОВЕЙШЕЙ» СОЦИАЛЬНОЙ ЭПОХИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ Makarov V.V., Sargsyan A.H. "MILLENNIAL" ADDICT'S PERSONALITY AND IT'S FEATURES.....	77
Мелёхин А.И. РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ	

Melekhin A.I. RATIONAL-EMOTIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY FOR RESTLESS LEGS SYNDROME.....	81
Русина Н.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ Rusina N. A. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF WORKING WITH CANCER PATIENTS.....	85
Сенченко Н. А. ПСИХОТЕРАПИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ Senchenko N. PSYCHOTHERAPY IN THE PERINATAL CENTER.....	87
Сысоева О.В., Корнеева Н.В. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РИСУНКА «МОЯ БОЛЕЗНЬ» ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ Sysoeva O.V., Korneeva N.V. DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF DRAWING "MY DISEASE" IN VARIOUS SOMATIC PATHOLOGY.....	90
Шадманова Л.Ш., Матякубова М.К., Хамдамов Ш.И., Рахмонов О.Р., Бабаев Ж.С., Курбаниязова Ш.К. ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ Shadmanova L.Sh., Matyakubova M.K., Khamdamov Sh.I., Rakhmonov O.R., Babayev Zh.S., Kurbaniyazova Sh.I. SPECIFICS OF AFFECTIVE DISORDERS IN WOMEN WITH ALCOHOLISM IN MENOPAUSE.....	92
ТЕЗИСЫ SUMMARIES	
Абдуллаева В.К. ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Abdullaeva V.K. PROTECTIVE-COPING BEHAVIOR OF CHILDREN WITH ANXIETY-PHOBIC DISORDERS.....	96
Абдуллаева В.К. МОТИВАЦИОННО-ПОБУДИТЕЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ Abdullaeva V.K. MOTIVATIONAL AND INCENTIVE-ORIENTED WITH OPIOID ADDICTION.....	96
Александров А.А. АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: РЕКОНСТРУКЦИЯ НАРУШЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ Alexandrov A. ANALYTIC-CATHARTIC THERAPY: RECONSTRUCTION OF DISTURBED RELATIONS.....	97
Александрова О.В., Дерманова И.Б. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА Alexandrova O.V., Dermanova I.B. EXISTENTIAL ATTITUDES AND EXPERIENCES OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS ASSOCIATED WITH LIFE-THREATENING DISEASES OF THE CHILD.....	97
Андреева М.Т., Караваева Т.А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Andreeva M.T., Karavaeva T.A. RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS.....	98
Арпентьева М.Р. МИШЕНИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ Arpentieva M.R. TARGETS OF PSYCHO-PREVENTION AND PSYCHO CORRECTION OF IMMUNE VIOLATIONS.....	99

Ассанович М.А. ВАЛИДИЗАЦИЯ ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ И ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛЕЙ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ С ПОМОЩЬЮ МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАША Assanovich M.A. VALIDATION OF THE DIMENSIONAL AND TYPOLOGICAL MODELS OF PERSONALITY DISORDERS IN CLINICAL PSYCHODIAGNOSTICS USING RASCH METRIC SYSTEM.....	99
Ассанович М.В. ДИМЕНСИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА 5-ПУНКТОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ (NSA-5) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Assanovich M. V. DIMENSIONAL STRUCTURE OF THE 5-ITEM NEGATIVE SYMPTOM ASSESSMENT (NSA-5) IN SCHIZOPHRENIA.....	100
Бабаев Ж.С. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ПОЛИКЛИНИКЕ Babayev Zh.S. ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND COGNITIVE DISTURBANCES IN NEUROLOGICAL PATIENTS.....	100
Бабарахимова С.Б., Адашвиев Х.А. РОЛЬ СЕМЬИ В РАЗВИТИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ Babarrahimova S.B., Adashviev H.A. FAMILY ROLE IN FORMATION INTERNET ADDICTIVE BEHAVIOR.....	101
Бабарахимова С. Б., Адашвиев Х.А. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВОЙ АНОРЕКСИЕЙ Babarrahimova S.B., Adashviev H.A. EMOTIONAL CHANGE IN ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA.....	101
Бажанов В.С. СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Vazhanov V.S. THE METHODS OF REDUCING SOCIAL STIGMATIZATION IN THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE.....	102
Бойко О.М. РАБОТА НАД ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ (КОМПЛАЕНТНОСТЬЮ) В ГРУППЕ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Boiko O. WORK ON COMPLIANCE IN THE SUPPORT GROUP FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS.....	102
Бойко С.Л. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ Boiko S. PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT DURING THE INPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH THE FIRST EPISODE OF ATRIAL FIBRILLATION.....	103
Васильева А. В., Лемешко К. А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИМБИОТИЧЕСКИМИ СЕМЕЙНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ Vasilieva A.V., Lemeshko K.A. SPECIFICS OF PSYCHOTHERAPY STRATEGIES FOR TREATING PATIENTS WITH SYMBIOTIC FAMILY RELATIONS.....	103
Вараева Н. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С АГРЕССИЕЙ. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИЛИ ТЕРАПИЯ Varaeva N.V. PSYCHOLOGICAL WORK WITH AGGRESSION. SOCIALIZATION OR THERAPY.....	104
Виндорф С.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СКЛОННОСТИ К ЗАВИСИМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	

НА ЭТАПЕ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Vindorf S.A. PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF THE PROPENSITY TO ADDICTION AMONG TEENAGERS AT THE STAGE OF PRECLINICAL DRUG USE.....	105
Глазева М.А., Пономаренко В.Н., Пустотин Ю.Л. АКТИВНАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Glazeva M.A., Ponomarenko V.N., Pustotin Y.L. ACTIVE MUSIC THERAPY AND THE REHABILITATION OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA.....	105
Гмызин Р.О., Гушин Е.А., Шурхал А. В. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОЗАХ И ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ Gmyzin R.O., Guschin E.A., Shurkhal A.V. PSYCHOTHERAPY IN PSYCHOSIS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS.....	106
Горчакова Н.М. МЕТОДИКА КОН-2006 В ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Gorchakova N.M. KON-2006 IN THE DIAGNOSIS OF THE PERSONALITY OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS.....	106
Гринева Т. В., Фоменко А. Н., Гречаный С.В. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Gineva T.V., Fomenko A.N., Grechanyj S. V. NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF TREATMENT OF POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS.....	107
Добряков И.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Семенова Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Dobriakov I.V., Lyashkovskaya S.V., Lysenko I.S., Semenova N.V. PSYCHOLOGICAL CARE FOR WOVEN USING REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES.....	107
Ермакова Н.Г. СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. Ermakova N.G. STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS AFTER A STROKE.....	109
Журавлёв Я.С., Чехонадский И.И., Пряникова Е.В. РАЗЛИЧИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ТОКСИКОМАНИЯМИ Zhuravlev Y.S., Chekhonadsky I.I., Pryanikova E.V. DIFFERENCES OF AUTOAGGRESSIVE MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE.....	109
Журавлева Е.В., Дубинина Е. А., Коростовцева Л.С. , Фильченко И.А., Бочкарев М.В., Свирияев Ю.В., Алёхин А.Н. СТРЕСС И СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ Zhuravlyova E.V., Dubinina E. A., Korostovtseva L.S., Filchenko I.A., Bochkaev M.V., Sviryaev Y.V., Alekhin A.N. STRESS AND COPING BEHAVIOR IN CHRONIC INSOMNIA.....	110
Журавлева Ю.В., Журавлев И.В. ПРОБЛЕМА ТРЕВОГИ В ЭВОЛЮЦИОННОМ И КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТАХ Zhuravlyova Yu.V., Zhuravlyov I.V. EVOLUTIONARY, CULTURAL AND HISTORICAL ASPECTS OF ANXIETY.....	111
Залевский Г.В. ПСИХОТЕРАПИЯ И СУПЕРВИЗИЯ: ПРАКТИКИ В ПОИСКАХ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕТОДОЛОГИИ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАНИЙ) Zalevsky G.V. PSYCHOTHERAPY AND SUPERVISION: PRACTICE ON FINDING OF INTEGRATIVE METHODOLOGY (THEORETIC-METHODOLOGICAL BASIS)	111

Захарова М.Л. ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД СЕАНСОМ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Zakharova M.L. THE LEVEL OF ANXIETY IN PATIENTS BEFORE RADIOSURGERY TREATMENT.....	112
Зиновьева Е. В., Искра Н.Н. КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ВУЗА Zinovieva E.V., Iskra N.N. COTHERAPY IN THE PSYCHOLOGICAL SERVICE OF UNIVERSITY.....	112
Иванов В.Г., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. СПЕЦИФИКА САМООТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА ОНЛАЙН ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ Ivanov V.G., Lazareva E.Y., Nikolaev E.L. SPECIFICS OF THE SELF-RELATION OF THE PERSON AT THE ADDRESS FOR ONLINE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE.....	113
Ивашиненко Д.М., Ивашиненко Л. В., Бурделова Е.В. ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ, НА ПРИМЕРЕ ТУЛГУ Ivashinenko D., Ivashinenko L., Burdelova E. PREVENTION OF AGGRESSION IN THE BEHAVIOR OF MOLD IN THE ENVIRONMENT, FOR EXAMPLE.TSU.....	113
Ирмухамедов Т.Б. ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Irmuhamedov T.B. AFFECTIVE FEATURES OF DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS.....	114
Ирмухамедов Т.Б. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Irmuhamedov T.B. CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS.....	114
Исурина Г.Л. ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ КАК ОСНОВА ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ Isurina G. L. PSYCHOLOGY OF RELATIONS AS THE BASIS OF PERSONALITY-ORIENTED (RECONSTRUCTIVE) PSYCHOTHERAPY.....	115
Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ KON-2006 Isurina G.L., Grandilevskaya I.V., Trabczynski P.K. PSYCHODIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF NEUROTIC PERSONALITY QUESTIONNAIRE KON-2006.....	116
Карпова Э. Б., Вагайтцева М.В. ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Karova E.B., Vagaytseva M.V. CHARACTERIZING MOTIVATIONAL ASPECTS IN PROSTATE CANCER PATIENTS FOR PROVIDING PSYCHOLOGICAL SUPPORT.....	116
Кенжаев А.Б., Матьякубова М.К., Турсунов М.Т., Магзумова Ш.Ш. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Kenzhaev A.B., Matyakubova M.K., Tursunov M.T., Magzumova Sh.Sh. GENDER DISTINCTIONS OF ANXIETY LEVEL IN AGED PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE.....	117
Куликова О.С. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТОВ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ Kulikova O.S.	

COPING-BEHAVIOR IN FIRST EPISODE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA.....	117
Липатова Л.В., Якунина О.Н. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Lipatova L.V., Yakunina O.N. METHODS OF PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN EPILEPSY.....	118
Лисовская Н.Б., Губа Н.В. МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПОДДЕРЖКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ Lisovskaya N.B., Guba N.V. MORAL AND PSYCHOLOGICAL MEANS OF SUPPORTING TEACHERS IN STRESS SITUATIONS.....	118
Лобурец А.О. ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ОЩУЩЕНИЯ СЕБЯ В СЕМЬЕ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Loburets A. O. THE FEATURES OF SUBJECTIVE FEELING IN THE FAMILY OF CHILDREN WITH VARIOUS FORMS OF BRONCHIAL ASTHMA.....	119
Лукошкина Е.П., Васильева А.В., Караваева Т. А. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ Lukoshkina E.P., Vasilieva A.V., Karavaeva T.A. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG PATIENTS WITH BREAST CANCER: CHALLENGES OF DIAGNOSTICS.....	120
Лутова Н.Б., Макаревич О.В. ОСОБЕННОСТИ ВОВЛЕЧЁННОСТИ БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ. ДАННЫЕ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Lutova N.B., Makarevich O.V. FEATURES OF THE SCHIZOPHRENIC PATIENT'S CLOSE ENVIRONMENT INVOLVEMENT IN TREATMENT PROCESS. PILOT STUDY DATA.....	120
Малахова Н.В., Садальская Е.В. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Malakhova N., Sadalskaya E. BASIC PROVISIONS OF IMAGINATIVE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY	121
Медведев С.Э., Бутома Б.Г. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Medvedev S.E., Butoma B.G. BIOPSYCHOSOCIAL SYSTEMIC APPROACH IN TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA-RELATED DISORDERS.....	122
Мизинова Е.Б. ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ЛЕТ Mizinova E.B. THE DYNAMICS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PERSONAL TRAITS IN PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS OVER THE PAST 30 YEARS.....	123
Морозова В.Н., Собянина А.С. ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПОНИМАНИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ СИМПТОМОВ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Morozova V.N., Sobyagina A.S. FUNDAMENTAL ROLE OF AGE PSYCHOLOGY IN UNDERSTANDING THE ORIGIN OF PSYCHIC DISORDERS SYMPTOMS.....	123
Назарова Н.Р. ВОЗМОЖНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ Nazarova N. THE POSSIBILITIES OF ART THERAPY IN PSYCHIATRY.....	124

Петрова Н.Н. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ Petrova N.N. BIO-PSYCHO-SOCIAL PARADIGM OF TREATING DEPRESSION.....	124
Пустотин Ю.Л., Чехонадский И. И., Пряникова Е. В. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ «ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПСИХОТЕРАПИИ)» Pustotin Y., Chekhonadskikh I., Pryanikova E. BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH ON THE EXAMPLE OF THE EXPERIENCE OF THE DEPARTMENT OF «DYNAMIC PSYCHIATRY (PSYCHOTHERAPY)».....	125
Рамос В.Л. Э., Оганесян Н.Ю. ТАНЦЕВАЛЬНО ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ПСИХОМОТОРИКА ТРЕВОЖНОСТИ) Ramos V.L.E., Oganesyanyan N. Y. DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY IN NEUROTIC DISORDERS (PSYCHOMOTOR ANXIETY).....	126
Ревин К.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВАЗИЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ДИЗАЙНОВ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ПСИХОТЕРАПИИ Revin K.S. PRACTICE OF APPLICATION QUASI-EXPERIMENTAL DESIGNS IN RESEARCHES OF PSYCHOTHERAPY.....	126
Русина Н.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ Rusina N.A. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF WORKING WITH CANCER PATIENTS.....	127
Русина Н.А. ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И КОНТРОЛЬ ЭМОЦИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Rusina N.A. PERFECTIONISM AND CONTROL EMOTIONS IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND DIABETES TYPE 2.....	127
Савельев Е.В., Федоряка Д. А., Селиверстова Н.А., Резникова Т.Н. СПЕКТР ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Savelyev E., Fedoryaka D., Seliverstova N., Reznikova T. RANGE OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISM OF ELDERLY PEOPLE HAVING MILD COGNITIVE IMPAIRMENTS.....	128
Савкина С. Б. «ТРУДНО БЫТЬ ТРОЛЛЕМ». ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ Savkina S. HARD TO BE A TROLL. FEATURES OF THE PSYCHODYNAMIC PROCESSES IN THERAPY BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.....	128
Садальская Е.В., Малахова Н.В. ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Sadalskaya E., Malachova N. IMAGINATIVE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....	130
Сайдалиходжаева Д.Г., Рахмонова М. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Saydalihodjaeva D.G., Rahmonova M. AFFECTIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN.....	130
Салитова М.В., Сивуда О.А. ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАМКАХ МОДЕЛИ КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ Salitova M.V., Sivuda O.A. EXPERINCE OF TRAINING STUDENTS IN THE CO-COUNSELING MODEL.....	131

Сарайкин Д.М. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ Saraykin D. METHODOLOGICAL PROBLEMS OF MOTIVATIONAL SPHERE RESEARCH.....	131
Семенова Н. Д. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ЛОГИКА РАЗВИТИЯ И ВОПРОС О МЕХАНИЗМАХ ИЗМЕНЕНИЯ Semenova N.D. PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA: THE LOGIC OF DEVELOPMENT AND MECHANISMS OF CHANGE.....	132
Семенова Н. Д. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ: ГЕНДЕРНО-СЕНЗИТИВНЫЙ ПОДХОД Semenova N.D. PSYCHOSOCIAL THERAPY IN SCHIZOPHRENIA: GENDER SENSITIVE APPROACH.....	132
Сивак А.А. ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ СИМБИОТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ У МАТЕРЕЙ И ЖЕН ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Sivak A.A. EXPERIENCE IN THE STUDY OF SYMBIOTIC RELATIONSHIPS IN MOTHERS AND WIVES OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM.....	133
Смирнова С.В. ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ Smirnova S. V. POSITIVE PSYCHOTHERAPY AS A TOOL FOR PROFESSIONAL AND PERSONAL DEVELOPMENT OF SPECIALISTS IN THE FIELD OF HELPING PROFESSIONS.....	133
Соснина В. Г., Сарайкин Д.М., Липатова Л.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Sosnina V. G., Saraykin D.M., Lipatova L.V. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SEXUALITY IN PATIENTS WITH EPILEPSY.....	134
Ташлыков В.А. СТИЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ Tashlykov V. A. THE STYLES OF BEHAVIOR OF THE PSYCHOTHERAPIST IN THE PERSONALITY – ORIENTED (RECONSTRUCTIVE) PSYCHOTHERAPY.....	134
Твердохлебова А.М., Смирнова Т.Г. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ-СУИЦИДЕНТОВ В МЕГАПОЛИСЕ Tverdochlebova A., Smirnova T. CLINICAL- PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SUICIDANT TEEN-AGERS IN MEGAPOLISES.....	135
Трусова А.В., Климанова С.Г., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н. ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Trusova A. V., Klimanova S.G., Berezina A.A., Gvozdetsky A.N. THE USE OF TIME PERSPECTIVE IN PSYCHOTHERAPY WITH PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER.....	135
Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н. А. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ Fedoryaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A. FEATURES OF THE EMOTIONAL DISORDERS OF PATIENTS WITH PANIC ATTACKS.....	136
Фесенко Ю. А. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»	

Fesenko I.A. PSYCHOTHERAPY DEPARTMENT IN THE STRUCTURE OF THE CENTER OF REGENERATIVE TREATMENT «CHILD PSYCHIATRY».....	136
Филиппова Ю.В., Филиппов В. Л. СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦАХ И ПОЛИКЛИНИКАХ Filipova Yu.V., Filippov V.,L. MODERN ORGANIZATIONAL APPROACHES TO PSYCHOTHERAPY IN HOSPITALS AND POLYCLINICS.....	137
Фомичева М.В. ПРИНЦИПЫ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ Fomicheva M.V. THE PRINCIPLES OF SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS OF PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY.....	138
Хяникяйнен И.В. ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ИНИЦИАЛЬНОЙ СТАДИИ Hyanikuaynen I.V. APPROACHES TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ASTHENIC-AUTONOMIC SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA OF A BRAIN AT AN INITIAL STAGE.....	138
Ходжаева Н.И., Матякубова М.К. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН Khodzhaeva N.I., Matyakubova M.K. MODERN METHODS FOR TREATING ANXIETY-DEPRESSION DISORDERS OF MENOPAUSE PERIOD IN WOMEN.....	139
Черенева Е.А., Гуткевич Е.В. ПРОИЗВОЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ РАЗВИТИИ Chereneva E. A., Gutkevich E.V. ARBITRARY REGULATION OF BEHAVIOR IN CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES.....	139
Черная Ю.С., Сарайкин Д.М. БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Chernaya Y.S., Sarajkin D.M. THE BASIC BELIEFS OF MOTHERS RAISING CHILDREN SUFFERING WITH SEVERE CHRONIC SOMATIC PATHOLOGY.....	140
Шайхмагомедов М. Х., Уруджева Д. А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Shayikmagomedov M.Kh., Urudgeva D.A. DEVELOPMENT OF PSYCHITRIC SERVICE.....	141
Шарипова Ф.К., Тайиров Х.Э. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИТИПА Sharipova F. K., Tayirov K.E. DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I.....	142
Шарипова Ф.К., Эшкулов Д.И. ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИТИПА Sharipova F.K., Eshkulov D.I. PSYCHOTHERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I.....	142
Ширяев Д.И., Проскурякова Е.А. КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ: ОПЫТ ЛИЧНОГО ПРОЖИВАНИЯ Shiryayev D., Proskuryakova E. CO-COUNSELLING IN PSYCHOLOGICAL SERVICE: PERSONAL LIVING EXPERIENCE.....	142

Якиманская И.С. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАДЕЖНОСТИ, ВАЛИДНОСТИ, ОБЪЕКТИВНОСТИ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Yakimanskaya I.S. SOME ASPECTS OF RELIABILITY, VALIDITY, OBJECTIVITY IN THE JUDICIAL PSYCHOLOGO-PEDAGOGICAL EXAMINATION.....	143
Ялов А.М. ПОЛЕМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Yalov A.M. THE POLEMICAL ASPECT OF PSYCHOTHERAPY IN MENTAL DISORDERS.....	143
ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	144
АННОТИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ: СТАНОВЛЕНИЕ, ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)», 30-31 марта 2018 года, Санкт-Петербург.....	145

СТАТЬИ

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА

Александрова О.В., al-ov@bk.ru, канд. психол. наук, психолог, подразделение паллиативной помощи, Автономная некоммерческая организация "Детский хоспис".

Дерманова И.Б., канд. психол. наук, доцент Санкт-Петербургского государственного университета.

Работа поддержана грантом РГНФ 16-06-00307а

Введение. Экзистенциальные установки можно определить, как своеобразные модели понимания мира, помогающие в осмыслении происходящего и определяющие поведение человека на пути к пониманию жизни как задачи (цели, проекта). Как отношение человека с его жизнью и с миром [4, 5]. Экзистенциальные установки в определенной мере выражают смысл существования человека.

По В. Франклу человек не изобретает смысл, а находит в мире, осознает и открывает для себя [8]. Основной мотив его теории: «Несмотря ни на что сказать жизни: «Да». А. Лэнгле дополняет его теорию представлениями о четырех условиях исполненной жизни – фундаментальных экзистенциальных мотивациях, которые могут быть сформулированы в виде понятных любому человеку вопросов: «могу ли я быть?», «нравится ли мне жить?», «могу ли я быть самим собой?», «ради чего я живу, вижу ли я смысл в жизни?», реализация которых приводит к жизни наполненной смыслом, осуществляемой в диалоге с миром и собой, свободной и ответственной жизни [5]. Эти вопросы человек задает себе в любой жизненной ситуации. Но особо остро они звучат в ситуации тяжелой болезни ребенка, имеющей высокую долю неопределенности за счет отсутствия точных прогнозов врачей, и нависшей угрозой для его жизни. Сами родители говорят о том, что, будучи ориентированы в этой ситуации на борьбу за жизнь ребенка, его спасение, они ощущают себя так, словно «слепой слепого ведет».

Процесс когнитивной оценки и поиск выхода из сложившейся ситуации тесно связан с осознанием и рефлексией, и высокий уровень осмысленности жизни может являться одним из факторов, позволяющих эффективно справляться с трудной жизненной ситуацией (ТЖС). Существенный компонент эмоциональных установок – представление о будущем, которое играет важнейшую роль в ситуации жизнеугрожающего заболевания ребенка. Установка на позитивное представление о будущем, позволяет сохранять психологическое здоровье и благополучие в настоящем, вопреки трудностям диктуемых ситуаций.

Мы исходили из общего предположения о том, что в ТЖС, связанной с тяжелой болезнью ребенка, переживание осмысленности жизни близких родственников ребенка будет связано с оценкой текущей ситуации и иметь определенную доминантную направленность. И экзистенциальные мотивации в данном случае будут выражаться в виде доминирующей позиции в субъективном описании ситуации связанной с тяжелой болезнью ребенка. Под доминирующей позицией мы подразумеваем направленность на себя, семейные ценности, окружающий мир или акцент на текущей ситуации. Таким образом, доминирующая позиция может выражаться в позиции человека по отношению к миру и своей роли в нем иметь определенный эмоциональный окрас.

Фокус на Person («Я»), по А. Ленгле, приводит в движение процесс переработки, благодаря которому персональные силы, заблокированные под воздействием ситуаций или прошлого опыта, снова мобилизуются. В другом фокусе речь в большей степени идет о создании свободного доступа к условиям исполняющего бытия, когда осуществляется работа с теми содержаниями, которые понимаются как фундамент человеческой экзистенции и которые делают возможной субъективную исполненность [6].

На основании литературного анализа мы предположили, что разные экзистенциальные доминанты будут образовывать разные симптомокомплексы переживания сложившейся ситуации.

Материал и методы. Выборка: 132 чел. – матери (80,3%); отцы и другие близкие родственники (19,7%) детей с тяжелыми заболеваниями с неблагоприятным прогнозом для жизни. Возраст родственников от 20 до 60 лет. Возраст детей от 3 месяцев до 18 лет, не терминальные состояния. Длительность заболевания с рождения по настоящее время (в среднем 2,5 года).

Методики. Для оценки экзистенциальных доминант была использована модифицированная методика «Незаконченные предложения» (Сакса, Леви), где по результатам контент-анализа предполагалось выделить их мотивационные и эмоциональные компоненты. Для этого нами были отобраны 9 предложений, которые касались аспектов восприятия будущего («будущее мне кажется»; «когда я состарюсь»; «я надеюсь»; «когда-нибудь я»); и переживания настоящего («наихудшим наказанием для меня»; «долгое время я ожидал»; «я пытаюсь», «я опасюсь», «я сожалею о»).

Эмоциональный компонент измерялся также с помощью методики «САН» (в модификации В.А. Доскина) [7] – в отношении настоящего; и методики «Семантический дифференциал времени» («СДВ») (под редакцией Л. И. Вассермана) [2] – в отношении будущего. Уровневые показатели осмысленности исследовались с помощью методики «СЖО» (в адаптации Д.А. Леонтьева) [3]. Для оценки восприятия испытуемыми их жизненной ситуации, связанной с болезнью ребенка, была разработана авторская методика «Семантический дифференциал жизненных ситуаций» («СДЖС»)[1], где были выделены 6 факторов, вокруг которых группируются основные оси ее восприятия: ф.1. «Стрессогенность–Комфортность ситуации»; ф.2. «Психологическое истощение–Сохранность собственных ресурсов»; ф.3. «Безысходная неопределенность–

Обнадеживающая определенность»; ф.4. «Пессимизм–Позитивная энергия»; ф.5. «Установка на разрешимость ситуации»; ф.6. «Включенность в ситуацию и ее значимость». Для сбора биографических данных была разработана авторская анкета.

Результаты и обсуждение. Анализ экзистенциальных доминант (мет-ка Сакса и Леви) позволил выделить следующие установки. Мотивационный: позиция «Я» (сожалею о своей прошлой работе; надеюсь на себя; буду жить спокойно; хочу посетить святые места в Мекке; сяду за руль своего авто и др.) – 28,33%; позиция «Болезнь ребенка. Болезнь» (надеюсь на выздоровление сына; я боюсь рецидива и др.) – 33,99%; «Другие члены семьи, близкие» (буду нянчить и водиться с внуками; буду ездить по гостям к детям; я долго ждала свадьбы старшего сына и др.) – 26,2%; «Окружающий мир» (я опасаясь войны; злых людей и др.) – 15,82%. Эмоциональный компонент включил в себя: позитивный (будущее будет светлым; легким; всегда есть, о чем сожалеть, но не надо; и др.) – в 29,5%; неопределенный (жизнь кажется непредсказуемой; неопределенной и др.) – в 19,17%; негативный (будущее страшное; прошлое трудное; боюсь смерти и др.) – в 23,13%.

С целью выявления целостных симптомокомплексов, образующих экзистенциальные установки при переживании ТЖС, связанной с тяжелой болезнью ребенка, нами был проведен факторный анализ всех исследуемых показателей. При помощи метода главных компонент было выделено 2 фактора с суммарной объясненной дисперсией 100%.

Таблица 1

Результаты факторизации показателей субъективного восприятия будущего времени, доминант осмысленности жизни, смысловых ориентаций, факторов оценки ситуации, показателей эмоционального самочувствия

Мет-ка	Показатели	1 ф.	2 ф.
Доминанты осмысленности жизни	Я	,962	
	Болезнь ребенка, болеющий ребенок		-,998
	Семья (другие дети, члены семьи)	-,617	,787
	Позитивный настрой		,985
	Негативный настрой	-,617	,787
	Неопределенный настрой	-,630	,776
САН	Самочувствие	,328	,945
	Активность		-,966
	Настроение	,442	,897
СЖО	Цели	,884	-,468
	Процесс	,991	
	Результат	,716	-,698
	ЛК- Я	,969	
	ЛК- Жизни	,837	,547
СДЖС (оценка ситуации)	«Стрессогенность-комфортность ситуации»		,987
	«Психологическое истощение – сохранность психологических ресурсов»	,902	,431
	«Безысходная неопределенность – Обнадеживающая определенность»	,988	
	«Пессимизм – Позитивная энергия»	,448	,894
	«Установка на разрешимость ситуации»	,482	,876
	«Включенность в ситуацию и ее значимость»		-,987
СДВ	Величина времени	,476	,880
	Активность времени	-,920	-,392
	Ощущаемость времени	-,939	-,343
	Эмоциональная окраска времени		
	Структура времени		,989
Вес фактора		44,830	55,170

Первый фактор (вес 44,83%) объединил доминирующую установку «Я» (0,962) с высокими значениями по всем показателям осмысленности жизни («СЖО»). Эта установка исключает ориентацию на других членов семьи (семейные ценности) (-0,617) и нейтральна в отношении больного ребенка. Эмоциональная составляющая этой установки связана с низкими показателями по параметру «Настроение» (0,442), «Самочувствие» (0,328) («САН»). Из показателей субъективного восприятия ситуации сюда вошли с позитивными значениями факторы: «Безысходная неопределенность–Обнадеживающая определенность» (0,988) и Психологическое истощение – сохранность психологических ресурсов» (0,902) «Пессимизм-Позитивная энергия» (0,448) и «Установка на разрешимость ситуации» (0,482). Позитивные значения этих факторов означают более конструктивный (адаптивный) вариант оценки ситуации. Из параметров субъективного восприятия будущего в данный фактор вошли «Ощущаемость времени» (-0,939), «Активность времени» (-0,920) и

«Величина времени» (0,478) («СДВ»), означающие снижение восприимчивости к реальности, что может проявляться в позиции «наблюдателя за собственной жизнью»; утомлении, созерцательности, чувством недостаточной наполненности жизни событиями, впечатлениями, деятельностью; в тоже время наличие смысловой наполненности времени. Таким образом данная экзистенциальная установка, при которой мотивационной доминантой является позиция «Я», имеет нейтральную эмоциональную окраску, связанную со средневыраженным позитивным настроением и самочувствием, и характеризуется отношением к ситуации, как обнадеживающей, сохранной, позитивной, разрешимой. При переживании высокой осмысленности происходящего, но слабо выраженной смысловой наполненности будущего времени.

Второй фактор (вес 55,17%) объединил доминирующую установку на других членов семьи при нейтральной позиции «Я» и позиции «от болеющего ребенка». Эмоциональная составляющая характеризуется низким уровнем активности (-0,966) но достаточно выраженными показателями настроения (0,897) и самочувствия (0,945). Общий уровень осмысленности характеризуется низкими показателями по шкалам «Цели» (-0,468) и «Результат» (-0,698), «ЛК—Жизни» (0,547), что присуще людям, живущим сегодняшним или вчерашним днем при отсутствии целей в будущем, и испытывающим неудовлетворенность прожитой частью жизни, со слабо выраженным ощущением подконтрольности собственной жизни. Но при этом оценка ситуации текущей ситуации складывается из позитивных значений таких факторов как оценки ситуации «Стрессогенности—Комфортности» (0,987), «Пессимизм—Позитивная энергия» (0,894), «Установка на разрешимость ситуации» (0,876), «Психологическое истощение—Сохранность психологических ресурсов» (0,431) и отрицательного значения по фактору «Включенность в ситуацию» (-0,987). Что означает, в целом, положительное восприятие текущей ситуации при снижении личной значимости происходящего (отстраненности). Восприятие будущего при этом (в сравнении с первым фактором) отличается высоким вкладом шкалы структура времени, что свидетельствует о преобладании ощущения прогнозируемости и структурированности в отношении будущего. Таким образом, данный фактор объединяет характеристики с одной стороны растерянности перед будущим, но при этом принятие ситуации и даже веру в возможность управления своей жизнью, при несколько отстраненной позиции и сниженной активности.

Выделенные факторы можно описать как две разные экзистенциальные позиции: первая характеризует мотивационную доминанту «Я-хозяин своей жизни». И в целом описывает скорее эгоцентрическую экзистенциальную установку при переживании ТЖС, поскольку сопряжена, главным образом, с сосредоточенностью на собственной персоне. В то же время эта позиция дает возможность более осмысленно переживать происходящее, воспринимать данную ситуацию как ресурсную, воздерживаясь от проявления сильных полярных эмоциональных реакций.

Вторая – характеризует возможно более благоприятную экзистенциальную установку, связанную с мотивационной доминантой, обращённой во вне – на семейные ценности, других членов семьи. Эта позиция позволяет воспринимать будущее как достаточно прогнозируемое, определенное, при этом способствует более отстраненной позиции в переживании текущей ситуации и восприятия ситуации как достаточно осмысленной и благоприятной. Это согласуется с точкой зрения А.Лэнгле, который говорит о том, что: «Быть человеком — значит всегда быть направленным на что-то или на кого-то, отдаваться делу, которому он себя посвятил, человеку, которого он любит, или богу, которому он служит. Такая самотрансценденция выходит за пределы всех тех образов человека, которые в духе монадологизма представляют человека не как существо, выходящее за пределы самого себя, тянущееся к смыслу и ценностям и ориентированное тем самым на мир, а как существо, интересующееся исключительно самим собой, поскольку для него важно лишь сохранение гомеостаза» [8]. Болезнь ребенка, в данном случае, не является главной мотивационной доминантой, и вероятно представляется родственниками шире, как часть семейной системы. Возможно также, что в этом реализуется способность человека не быть всецело поглощенным горем, и стремиться по природе своей к эмоционально насыщенной полной жизни, вопреки трудностям. Ведь как отмечает В. Франкл: «...телесно-душевный упадок зависит от духовной установки, и в этой духовной установке человек свободен» [8].

Итак, по результатам проведенного исследования гипотеза о том, что разные экзистенциальные доминанты будут образовывать разные симптомокомплексы переживания сложившейся ситуации, была подтверждена. Неожиданным оказалось для нас, что только две установки описывают 100% дисперсии. Обе эти установки можно охарактеризовать как более или менее конструктивные. Одно из объяснений полученных данных, возможно, связано с тем, что отвечали на вопросы о будущем только половина испытуемых (64 человека из 132). Остальные отказывались, в то время как другие методики не вызывали у них негативных переживаний. Возможно, эта группа могла бы быть охарактеризована некоторой третьей установкой, которой по факту не нашлось места в нашем исследовании.

Список литературы

1. Александрова О. В., Дерманова И. Б. Психосемантический подход к оценке сложной жизненной ситуации (на примере ситуации, связанной с заболеванием, угрожающим жизни ребенка) // Вестник СПбГУ. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – Вып.4. – С.40–50
2. Вассерман Л.И. Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная и психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб., 2009а. – 44 с.
3. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
4. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом: Прикладная логотерапия / Лэнгле Альфред; Пер.с нем. А.Боровиков и др. – М.: Генезис, 2004. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://e-libra.ru/read/253998-zhizn-napolnennaya-smyslom.-prikladnaya-logoterapiya.html> (дата обращения: 06.11.2014)
5. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности: Генезис; Москва; 2009. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://hpsy.ru/authors/x179.htm> (дата обращения: 02.02.2018)
6. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации человеческой экзистенции как действенная структура экзистенциально-

аналитической терапии. *Psichoterapija (Moskwa)* 2004, 4, 41-48 – [Электронный ресурс]. – URL: <http://hpsy.ru/authors/x179.htm> (дата обращения: 02.02.2018).

7. *Тест дифференцированной самооценки функционального состояния* / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // *Вопросы психологии*. – 1973. – №6. – С.141–145.
8. ФранклВ. *Человеквпоискахсмысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева*. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

EXISTENTIAL ATTITUDES AND EXPERIENCES OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS ASSOCIATED WITH LIFE-THREATENING DISEASES OF THE CHILD

Alexandrova Olga Viktorovna, PhD, Psychologist, division of palliative care Autonomous non-commercial organization "Childrens Hospice".

Dermanova Irina Borisovna, PhD, Associate Professor, Saint Petersburg State University.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОБЩИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ СМЕШАННОГО ТИПА

Алькина М.В., alkina-margo@mail.ru, студентка специальности клиническая психология, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, медико-психолого-фармацевтический факультет, г. Красноярск.

Попенко Н.В., доцент, преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, медико-психолого-фармацевтический факультет, г. Красноярск.

Аннотация: В данной статье рассматривается проблема, связанная с хронической болью, предикторами ее возникновения, при изменении которых можно наметить путь реабилитации больных. Ставится вопрос о связи уровня боли с психологическими характеристиками, которыми, на данный момент, обладает личность пациента.

Ключевые слова: Хроническая боль, качество жизни, депрессия, тревожность, алекситимия, предикторы, осознанность, уровень боли.

Введение

Само по себе, такое явление как боль, является неприятным фактором, значительно осложняющим жизнь человека и влияющим на его восприятие себя, мира, эмоциональное состояние в целом. В случае же с хронической не проходящей болью, при которой не помогают анальгетики, блокады и другие медицинские средства, качество жизни пациента в разы становится хуже, при этом продолжается постоянный поиск помощи в ослаблении болевого синдрома, не находящий ответа и поддержки. Безусловно, психологический мир человека меняется с появлением боли и нам как психологам, наиболее важно определить факторы, с которыми мы могли бы работать и, возможно, помогать таким пациентам, если и не уменьшать уровень боли, то попробовать изменить отношение к ней. Для этого нам нужно найти психологические характеристики, связанные с болью, объединяющие таких пациентов.

Обзор литературы

Хроническая боль является распространенным явлением. По данным Российской ассоциации по изучению боли распространенность хронических болевых синдромов в России варьируется от 13,8% до 56,7%, составляя в среднем 34,3 случая на 100 человек. Более чем 40% людей, страдающих хронической болью, указывают на то, что боль серьезно снижает их качество жизни. По данным исследования Rainin Eugore, каждый пятый взрослый европеец страдает от хронической боли. В среднем продолжительность хронической боли составляет 7 лет. Каждый пятый больной испытывает хроническую боль в течение 20 лет и более [1].

К хронической относят боль, которая продолжается более 6 месяцев и не поддается обычному медикаментозному лечению, эффективному при острой боли [2]. Анализ качества жизни у больных с хронической болью свидетельствует о значительном ухудшении показателей как за счёт физического, так и за счет психологического компонентов здоровья. У таких пациентов в большей степени страдает психическое здоровье, что можно объяснить истощением резервных ресурсов организма, в частности эмоциональных и психических, нарушением социального функционирования [3].

По данным научных исследований у пациентов с хронической болью развиваются специфические психологические проблемы, связанные с отсутствием облегчения боли. Что приводит к постоянному дискомфорту, безысходности и чрезмерному вниманию к боли, боль становится доминантой в жизни пациентов, что отражается на всех сферах жизнедеятельности [1].

Целью исследования было изучение возможных предикторов хронической боли. Объектом исследования стали психологические особенности пациентов с хронической болью. Предметом исследования – изучение уровня депрессии, тревожности, алекситимии у пациентов с хронической болью. Также были поставлены задачи:

1. изучить научно-методическую литературу по теме исследования;
2. подобрать диагностический инструментарий для исследования психологических особенностей у пациентов с хронической болью;
3. исследовать и проанализировать психологические особенности больных с хроническим болевым синдромом;

Практическая значимость заключается в том, что полученные результаты исследования могут быть использованы в реабилитационной деятельности с пациентами.

Исследование проводилось в ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России. В исследовании приняли участие 14 пациентов с хронической болью смешанного типа от 22 лет до 76 лет. Из них 10 женщин, средний возраст – 43 года, и 5 мужчин, средний возраст – 50 лет.

Среди пациентов встречались следующие диагнозы:

- межпозвоночная грыжа (8 пациентов)
- нарушение венозного оттока головного мозга (1 пациент)
- боль в тазобедренном суставе (2 пациента)
- протрузии в позвоночнике (2 пациента)
- перелом позвоночника (1 пациент)

Для проведения исследования мы использовали блок методик, направленных на изучение психологических особенностей пациентов. Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования, подобраны с учетом возраста, образования пациентов.

- 1) Для измерения уровня депрессии мы использовали «Опросник депрессии Бека».
- 2) Для исследования уровня алекситимии мы использовали методику «Торонтская Алекситимическая Шкала» (TAS).
- 3) Для исследования уровня боли была использована методика «PainDETECT».
- 4) Для исследования уровня тревожности была выбрана методика «Опросник тревожности Спилбергера-Ханина».
- 5) Для исследования уровня осознанности использовался «Опросник по пяти факторам осознанности».

В результате исследования нами было выявлено, что 12 пациентов из 14 имеют депрессивные симптомы (рис.1).

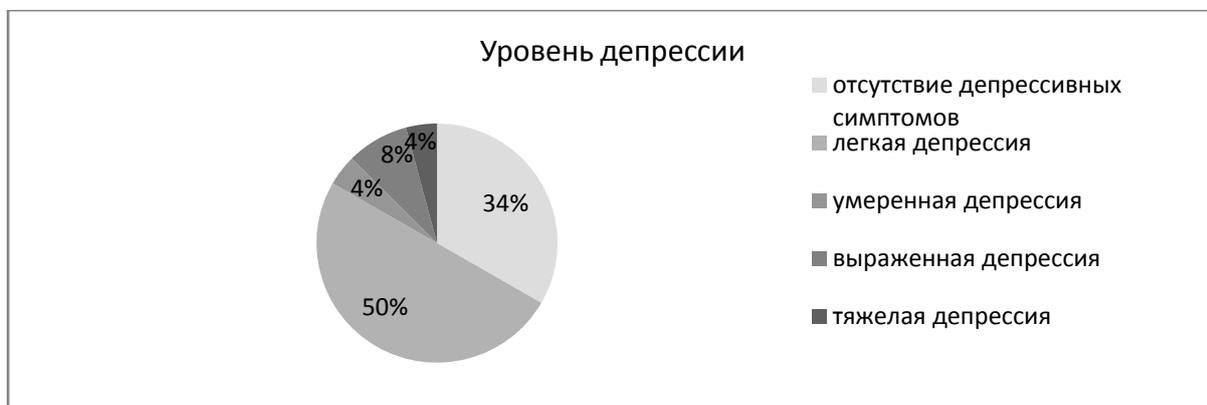


Рисунок 1. Распределение пациентов (в %) с хроническими болями в зависимости от выраженности степени депрессии.

У 50% пациентов выявлена легкая депрессия, при которой отмечается небольшая подавленность настроения, утрата активности.

У 4% пациентов выявлена умеренная депрессия, для которой характерна выраженная подавленность, заторможенность двигательной и умственной деятельности, пессимизм, появление суицидальных мыслей.

У 8% пациентов выявлена выраженная депрессия, при которой зачастую человек старается меньше общаться с людьми, не выходит из комнаты, теряет интерес к происходящему вокруг, неправильно питается, не соблюдает элементарную гигиену.

У 4% пациентов выявлена тяжелая депрессия, обычно человек близок к суициду, намеревается покончить жизнь самоубийством или постоянно говорит об этом. Могут наблюдаться галлюцинации и другие тяжелейшие психические и соматические расстройства.

Тревожность была выявлена у всех респондентов (рис. 2)

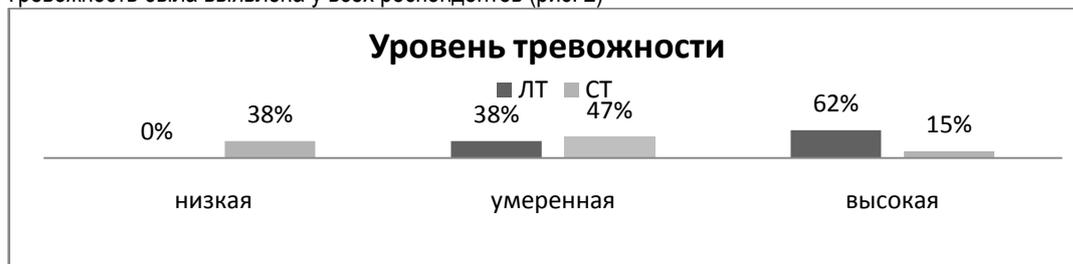


Рисунок 2. Распределение пациентов (в %) с хроническими болями в зависимости от выраженности степени тревожности.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта, и вызывать у него выраженную тревогу.

У 62% пациентов был выявлен высокий уровень личностной тревожности. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Так же мы можем предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной шкале позволяет оценить и определить, находится ли человек под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Высокий уровень реактивной тревожности был выявлен у 15% пациентов.

Выраженной алекситимии у пациентов не обнаружено, показатели 5 человек соответствуют промежуточным степеням, остальные 9 находятся в пределах нормы (рис. 3).

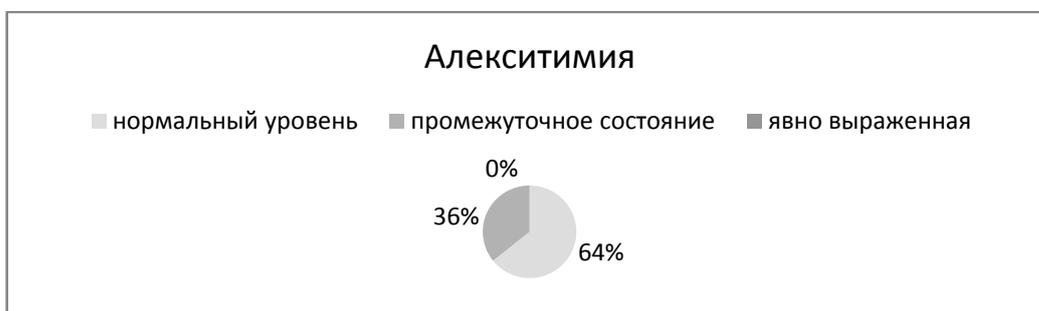


Рисунок 3. Распределение пациентов (в %) с хроническими болями в зависимости от выраженности алекситимии.

У 36% пациентов выявлена склонность к алекситимии, что говорит о неумении облечь свои внутренние переживания в слова, отсюда вытекают и проблемы в отношениях и понимании между людьми.

По результатам методики PainDETECT положительный показатель был выявлен у 1 человека, неопределенный у 7 человек и отрицательный у 6 пациентов (рис. 4).

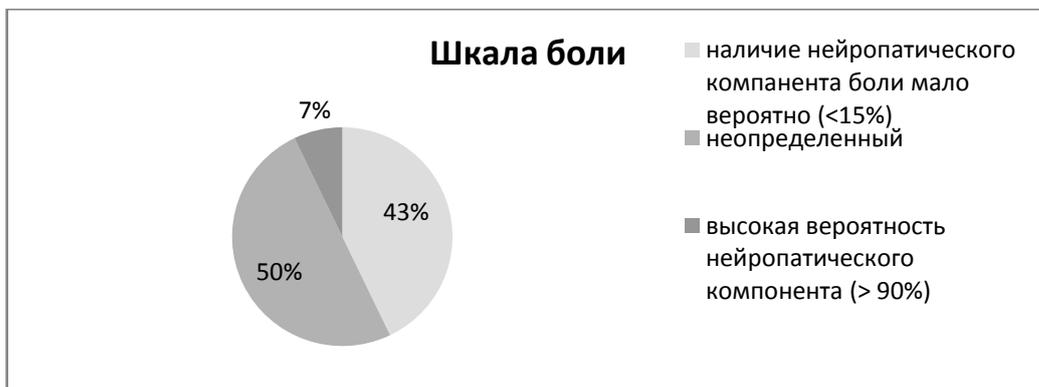


Рисунок 4. Распределение пациентов (в %) с хроническими болями в зависимости от наличия нейропатического компонента.

У 43% испытуемых методика показала отрицательный результат, что говорит о том, что наличие нейропатического компонента боли мало вероятно (<15%).

У 7% испытуемых методика показала положительный результат, что говорит о том, что высока вероятность наличия нейропатического компонента боли (>90%).

У 50% испытуемых методика показала неопределенный результат, однако, возможно наличие нейропатического компонента боли.

Низкий уровень осознанности выявлен у 6 пациентов (рис. 5)

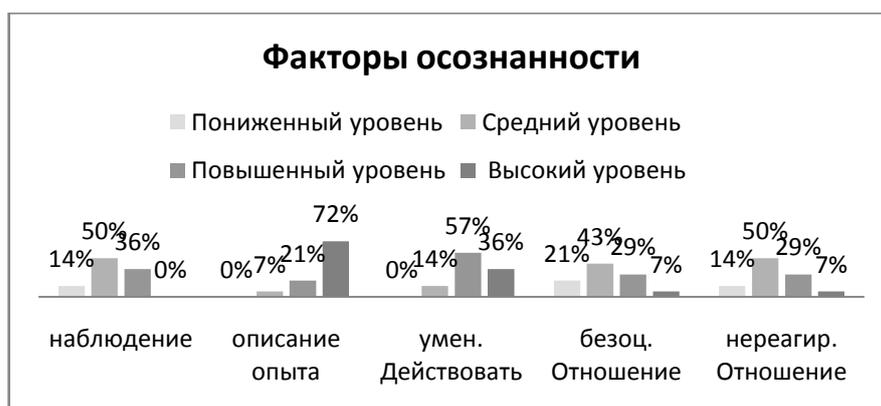


Рисунок 5. Распределение пациентов (в %) с хроническими болями в зависимости от выраженности факторов осознанности.

Таким образом, в ходе экспериментально-психологического исследования было выявлено, что практически у всех пациентов есть депрессия и тревожность разных степеней, но не отмечается алекситимия. Низкая осознанность встречается почти у половины испытуемых.

Вывод:

Изучая теоретический материал по темам связанным с больными, страдающими хронической болью, мы выяснили, что существуют значительные трудности в диагностике, лечении и реабилитации таких больных. Трудности, связанные с диагностикой и лечением, во многом объясняются недостаточной изученностью данного вопроса. Но достоверно известно, что хронические боли ухудшают качество жизни пациентов, отрицательно влияя на их самочувствие, уверенность в себе и возможность заниматься повседневными делами.

В ходе экспериментально-психологического исследования было выявлено, что практически у всех пациентов есть депрессия и тревожность разных степеней, но не отмечается прямая взаимосвязь с уровнем боли. В таком случае течение заболевания будет осложнено.

Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что 12 из 14 пациентов имеют депрессию, что составляет 86% от общего числа пациентов. Тревожность имеется у 14 пациентов, в 100% случаев. Низкая осознанность встречается у 6 человек, что составляет 43% от общего числа.

Список литературы

1. Данилов Б.А. Новые подходы в лечении пациентов с хронической болью. Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 34-38.
2. Дюкова Г.М. Новые перспективы лечения хронической боли и депрессии. Consilium Medicum. – 2007. – № 8. – С. 85-88.
3. Комлева Н.Е., Спиринов В.Ф. Качество жизни у пациентов с болью в спине. Качество жизни у пациентов с болью в спине. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 19-22.

DETECTION OF THE GENERAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN OF THE ADMIXED TYPE

Alkina M.V., alkina-margo@mail.ru, student of specialty of clinical psychology, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky, medical-psychological-pharmaceutical faculty, Krasnoyarsk.

Popenko N.V. associate professor, lecturer of faculty of clinical psychology

Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky, medical-psychological-pharmaceutical faculty, Krasnoyarsk.

In this article the problem bound to chronic pain, predictors of its emergence at which change it is possible to plan a way of after-treatment of patients is considered. This article also discusses the connection of the level of pain with psychological characteristics which are possessed, at the moment, by the patient's person.

Keywords: chronic pain, quality of life, depression, uneasiness, alexitimia, predictors, sensibleness, pain level.

Literature

1. Danilov B.A. Novyepodkhody v lechenii patsientov s khronicheskoi bol'iu [New approaches in treatment of patients with chronic pain]. Lechashchi vrach [Attending physician]. - 2009. - № 4. - S. 34-38.
2. Diukova G.M. Novyeperspektivylecheniia khronicheskoi boli i depressii [New prospects of treatment of chronic pain and depression]. Consilium Medicum. - 2007. - № 8. - S. 85-88.
3. Komleva N.E., Spirin V.F. Kachestvozhizni u patsientov s bol'iu v spine [Quality of life at patients with a dorsodynia]. Kachestvozhizni u patsientov s bol'iu v spine [Quality of life at patients with a dorsodynia]. - 2013. - № 3-1 (91). - S. 19-22.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС И ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ

Арпентьева М.Р., mariam_rav@mail.ru, arpentevamr@tksu.ru, доктор психологических наук, доцент, член-корреспондент Российской академии естественных наук (РАЕН), профессор кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского, ведущий научный сотрудник кафедры теории и методики физического воспитания Югорского государственного университета.

Аннотация: Статья посвящена рассмотрению медицинских и смежных с ними дискурсов осмысления проблем инвалидности людей с ОВЗ, рассматриваются общие аспекты проблемы, связанные с преодолением инвалидизма и обеспечением условия гармоничного развития людей с ОВЗ. Инвалидность – это специфическое состояние, которое каждый человек в какой-то момент жизни может пережить: либо на постоянной, либо на временной основе. Современность все более уходит от традиционных моделей инвалидности, разработанных медициной с ее выделением уровней и типов инвалидности на основе характера телесных или психических отклонений. Педагогические, инклюзивные подходы, и по мнению практиков, и по мнению теоретиков, более рентабельны, чем помощь, основанная на выделении уровней инвалидности. Еще более рентабелен социально-психологический подход, дополняющий медицинскую модель: рассматривающий инвалидность как конкретное выражение, следствие и целевое состояние человека в конкретной социально-психологической ситуации. Подходы к развитию, совершенствованию помощи инвалидам и иным нуждающимся включают многочисленные психосоциальные модели, целью которых является активизация клиентов и обогащение их жизнедеятельности, в том числе, отношениями взаимопомощи и служения другим людям.

Ключевые слова: ограничение возможностей, особые нужды, инвалидность, инклюзия, эксклюзия, инвалидизм, болезнь, аномалия, особенность, общее образование, специальное образование, права, обязанности, реабилитация, развитие, абилитация, гармонизация развития, компенсация дефекта.

Современные исследователи констатируют: «Инвалидность – не редка» [28, р.4]. По оценкам психологов, медиков и иных специалистов – практиков и теоретиков в области изучения инвалидности и смежных нарушений, около 15% населения мира имеют ту или иную форму инвалидности. При этом инвалидность чаще встречается у людей в странах и у групп с низким и средним уровнем дохода, а также среди людей старших возрастных групп [24; 33]. Инвалидность – это специфическое состояние, которое каждый человек в какой-то момент жизни может пережить: либо на постоянной, либо на временной основе [33]. Инвалидность не является нормой, что само по себе подразумевает ограниченность жизнедеятельности, вплоть до экономической нищеты и тотальной социальной эксклюзии. Инвалидность и многомерная, многокомпонентная нищета тесно взаимосвязаны [14; 15; 16; 24]: они и причины и последствия друг друга, способствующие усилению социальной и иной уязвимости и изоляции [13; 16; 29]. Люди с ограниченными возможностями в странах с низким и средним уровнем дохода в целом беднее, чем их «нормальные» собратья: они не имеют равных возможностей в плане доступа к образованию, правосудию и здравоохранению [16; 17; 22], к занятости и иным доходам, к социальной поддержке и гражданскому участию [7; 14; 25; 33], и с большей вероятностью переживают множественные лишения [22; 23]. Они сталкиваются с недоступностью многих аспектов мира «нормальных» [11; 33]. Дети и взрослые с ограниченными возможностями находятся на более высоких уровнях риска в отношении физических и сексуальных, психологических и нравственных, а также иных форм насилия [18; 27; 30]. Люди с инвалидностью «непропорционально» тяжело переживают социальные конфликты и катастрофы [21; 35]. При этом существуют пересечения и усиления социального неравенства у инвалидов разных групп: так, женщины-инвалиды часто сталкиваются с двойной дискриминацией, дети-инвалиды относятся к числу наиболее маргинализованных и дискриминируемых детей, а пожилые люди с ограниченными возможностями весьма непропорционально по отношению к иным пожилым людям бедны; люди с психическими и смежными нарушениями находятся во многом в более неблагоприятном положении, чем те, кто страдают только от психосоматических болезней и травм; также часто сталкиваются со значительной дискриминацией люди с «невидимыми», незаметными обывателям нарушениями. Все эти виды социального неравенства /дискриминации являются результатом социальных барьеров, часть из которых – на совести медицины [8; 14; 15; 22; 25]. Барьеры в отношении инвалидов включают «относительные», психологические барьеры; экологические барьеры или барьеры среды обитания; а также институциональные барьеры [16; 17; 33]. Очень важны «интернализированные» барьеры, ретранслируемые самими инвалидами иллюзии их «невалидности» и неспособности жить полноценной, богатой жизнью «без границ» [3]; важно также отсутствие участия к инвалидам в обществе; а также неадекватные данные, статистические данные и доказательства и исследования в отношении программ, технологий и необходимых мер помощи/ реабилитации [8; 17; 22; 30; 32]. Некоторые исследования показывают, что включение инвалидов может привести к увеличению благополучия всего сообщества: от роста уровня заработка и производительности труда, роста налоговых поступлений; до улучшения индивидуального и семейного благополучия и увеличения спектра иных социальных выгод через более открытое и доступное «общество для всех» [17; 22; 25; 33; 35]. Инклюзивные подходы, и по мнению практиков, и по мнению теоретиков, более рентабельны, чем помощь, основанная на выделении уровней инвалидности [8]. Еще более рентабелен социально-психологический подход, дополняющий медицинскую модель: рассматривающий инвалидность как конкретное выражение, следствие и целевое состояние человека в конкретной социально-психологической ситуации. Подходы к развитию, совершенствованию помощи инвалидам и иным нуждающимся, как отмечают исследователи, не должны быть сложными. Эти подходы включают многочисленные психосоциальные модели: модель актуализации способностей личности [8; 9; 11]; «подход с двумя треками» [4; 13]; повышение осведомленности и изменение отношения / поведения [8; 9; 10; 30]; всесторонняя доступность и универсальный дизайн [12; 33]; разумное жилье; партисипация как участие [4; 8; 9; 11; 26]; инициативы на основе прав [4; 11; 26; 32]; реабилитация на уровне общин [6; 20]; инклюзивное образование [5; 15; 33]; «улучшение качества жизни» после

чрезвычайных ситуаций [21], а также подходы, основанные на предоставлении помощи и использовании средств к существованию [22; 23; 24]. Для успешного включения людей с ограниченными возможностями в развивающиеся, гуманитарные проекты необходимы организационные изменения [8; 9; 32], в том числе изменения медицинского обслуживания и отношения к инвалидам – трансформация медицинского дискурса в отношении этих людей [28]. Одна из основных проблем помощи людям с ограниченными возможностями или особыми нуждами, настоятельно требующая своего разрешения – разрушение стереотипных представлений об инвалидности и создание нового социального образа людей с ОВЗ, нового осмысления особенностей их развития, жизнедеятельности [1]. В традиционном представлении о человеке с ОВЗ, благодаря инвалидистским, сегрегационным и эксклудированным дискурсам медицинской модели, получили распространение образы инвалидов как бесполезных и обременяющих общество, как пассивных и подавленных людей, переживающих инвалидность как трагическое событие в жизни, с которым они не могут совладать (особенно) без помощи общества, государства, специалистов. В то же время даже традиционные, не говоря о современных психологических и иных исследований отмечают существование разных типов таких людей (аналогичных разным типам людей без ОВЗ). Ученые описывают людей с ОВЗ, преуспевших в жизни, накопивших богатый опыт, желающих получить знания и учения в семейной и профессиональной жизни, которые живут, не стесняясь и не оправдываясь имеющимися у них реальными или надуманными ограничениями и особенностями [31]. Вместе с тем, существует и противоположная тенденция: в последние десятилетия, кризисные для многих стран современного мира, в связи с высокой сложностью и травматичностью повседневной жизни, все более значимой и масштабной становится проблема реабилитации и социальной инклюзии людей, имеющих сложные и множественные хронические заболевания разной степени выраженности и /или могущих быть отнесенными к категории лиц с ограниченными возможностями. Увеличивается врожденная и приобретенная инвалидность: социальные дисгармонии порождают интенсивный рост смертности, заболеваемости и инвалидизации.

Таким образом, жизнь человека с ОВЗ, в современном мире, ее качество и особенности являются предметом пристального внимания многих практиков и теоретиков: ими констатируется множественность типов инвалидности и индивидуальных вариантов совладания с нею. Множественность возникает потому, что жизнь человека с ОВЗ не менее жизни других людей насыщена событиями, нормативными и ненормативными кризисами, выборами в пользу развития и жизни или отказа от развития и более или менее осознанного и быстрого умирания. Уже в конце XX века исследователи начали активно обсуждать проблемы инвалидности через призму особенностей и путей развития людей с ОВЗ, а также в контексте необходимости помощи людям в решении задач каждого возраста. Решение возрастных задач обеспечивает большую гармоничность социальной жизни людей с ОВЗ и жизни окружающих их людей, более полную включенность людей с ОВЗ и людей, страдающих от различных хронических заболеваний, в жизнь сообщества. Оно дает возможность более полноценного выполнения ими своих функций в существовании и развитии общества, трудового коллектива, семьи (начиная с учебной и трудовой деятельности и заканчивая деятельностью социального творчества, переосмысления социокультурных норм). При этом отмечается, что в обществе, перенасыщенном нравственными, социальными и иными проблемами, кризисы и этапы развития теряют четкие границы: на нормативные кризисы наслаиваются ненормативные, так что у взрослых людей и значительной части детей кризисы индивидуально-деятельностного и социально-межличностного плана уже не чередуются, а практически сосуществуют. Многие люди уже в детстве сталкиваются с утратами, насилием, войнами и т.д. Многие взрослые «откладывают на потом» то, что затрудняется осуществить в нормативно предписанный период времени: границы возрастных периодов сдвигаются вместе с представлениями об этих границах. Неудивительно, что возникают многочисленные сбои и проблемы, а также – удивительные «артефакты», приоткрывающие тайны человеческого существа. Этот процесс особенно заметен у лиц с ОВЗ: их успехи и их «провалы» становятся наглядной демонстрацией возможностей и ограничений человечества как такового. К тому же, если у «неособенных» людей неудачи или отказы от развития связаны с более или менее выраженной инфантилизацией, изоляцией от общества и более или менее «нормативными» и разрешимыми нарушениями семейной и профессиональной жизни, то у людей с ОВЗ эти неудачи и «сбои» могут приводить к нарастанию болезненных состояний, вторичных и третичных дефектов и усилению инвалидизации, несчастным случаям и смерти. Поэтому люди с ОВЗ особенно заинтересованы и мотивированы на продуктивные и эффективные изменения, что сказывается и на успешности консультативной (психотерапевтической) практики с этими людьми. Инвалид – человек, жизнь которого часто намного более сложна, чем жизнь обычного человека, успехи и неудачи жизни более ярко выражены, а жизнеутверждение и стремление развиваться или, напротив, жизнеотрицание и отказ от развития, более осознанны и дифференцированы у разных подгрупп. Другой вопрос – что эти успехи и неудачи могут замечаться или не замечаться. В мире эксклюзии инвалид ограничен своим собственным бытием: его самого и его проблемы и удачу окружающие нередко игнорируют. В мире инклюзии у него появляется шанс на признание, признание его существования, подтверждение важности разных сторон его бытия. Психологическая помощь в этом контексте – практика абсолютно инклюзивная: психолога интересует то, что происходит в душе клиента, а не в его теле. В традиционной, медицинской модели инвалидности, включающей ограничение ресурсов жизнедеятельности, в том числе ресурсов развития, человеку с ОВЗ так или иначе «предписана» эксклюзия: инвалидизация в большей мере располагает к переживаниям ограниченности и смертности, изолированности и непохожести, отчуждения и неприятия, деформации и разрыва отношений в семье, роду, этносе. Осмысление смертности нередко входит в спектр актуально стоящих перед человеком задач выбор личностного развития или отказа от него: вместе с пожилыми людьми люди с ОВЗ нередко являются наиболее вероятными «претендентами на скорый уход из жизни. При этом количество лиц и семей с ОВЗ продуктивно преодолевающих кризисы, в целом меньше, чем среди здоровых, но те, кто справляются и даже выздоравливают – живут часто более насыщенно и полно. Этот момент напрямую связан с попыткой осмысления жизни как целостности, преодоления изоляции за более полномасштабного и многоуровневого включения человека в жизнь семьи, рода, сообщества. Он также связан с попыткой расширения «медицинской модели» человека до модели философской. Однако, такое включение не дано само по себе: даже ученым сложно отказаться от ограничений традиционного

медицинского дискурса, а у «обычных людей» опыт совладания и продуктивного осмысления ОВЗ и смерти формируется и развивается медленно, общество в массе своей не готово встречать трудности и болезни, инвалидность. Рентные установки, стремление избежать проблем, изолироваться от страданий и т.д. весьма сильны и закрепляют негативные компоненты традиционного медицинского дискурса, в том числе той ее части, которая связана с «торговлей здоровьем» и иными социальными благами. В культуре, перенасыщенной идеалами «совершенства», «вечной молодости» и «бессмертия» и т.д. инвалидность, старение и смерть становятся свидетельствами «неполноценности» и потому, обычно замалчиваются и избегаются. Медицина, ее «фармагеддоны» и прочие попытки решить проблемы человеческих отношений с помощью традиционных медицинских процедур, активно тормозит развитие общества, запугивая его все новыми мифами, ограничениями и т.д. Неприятие старости (эйджизм), смерти и неполноценности (перфекционизм) отражается в неприятии самих себя, а, значит, задач кризисных периодов. Люди остаются одни, не зная, как справляться с трудностями, инвалидностью, как умирать и готовиться к смерти, и, тем более, как – выживать и развиваться, когда, как кажется, это невозможно. Они «находят в пути»: смысл жизни и надежда, вера в Бога и принятие самого себя, правильное отношение к жизни и способность смеяться над смертью и казусами жизни, сила духа и готовность к переменам, готовность искать возможности и способность оценивать риски, желание служить людям и любовь [4].

Рассмотрим основные понятия, используемые в работе с людьми с ОВЗ: ограничение возможностей, особые нужды, инвалидность, инклюзия, эксклюзия, инвалидизм, болезнь, аномалия, особенность, общее образование, специальное образование, права, обязанности, реабилитация, развитие, абилитация, гармонизация развития, компенсация дефекта. Очевидным образом, обнаруживаем как минимум две основные линии, два дискурса:

1) Традиционный, властно-бюрократический медицинский дискурс, описывающий инвалидизацию, ограничение возможностей, инвалидность, эксклюзию и инклюзию, болезни, дефекты и аномалии развития. Этот дискурс «ставит» диагнозы и задает внешние рамки развития человека, отмечая важность специального образования и иных специальных форм организации жизнедеятельности инвалидов, рассматривающих проблемы прав и ограничений прав, ограничений жизненного мира. Он предполагает обсуждение проблем, трудностей и возможностей реабилитации, компенсации первичных, вторичных, третичных т.д. дефектов развития, нарушения в семьях и профессиональном бытии инвалидов.

2) Интегративный, «социально-психолого-медицинский» дискурс, описывающий людей с ОВЗ как людей особенных, с особыми возможностями и некоторыми особыми нуждами, рассматривающий инвалидизацию как процесс комплексный, связанный с системными нарушениями в общественных, межличностных и внутриличностных отношениях. Эти нарушения и особенности выступают как часть уникального жизненного пути человека с ОВЗ и его семьи, его рода и этноса. Дискурс отражает важность учета внутренних ресурсов и интенций человека и его семьи, всего общества на пути совершенствования, отмечает важность инклюзии как взаимопомощи, опасности инвалидизма и рассмотрения любых и всех особенностей развития и состояний как болезней и аномалий, ищет пути осознания и работы с особенностями людей с ОВЗ, в том числе в рамках специального и инклюзивного образования, рассматривает не только права, но обязанности лиц с ОВЗ, их потенциал и стремление жить в обществе, ставит вопросы гармоничного развития, абилитации и обучения, предотвращения развития дисгармоничных для человека отклонений.

На наш взгляд, работая с инвалидами, а также, особенно с пожилыми и старыми людьми, людьми, переживающими интенсивные страдания по поводу иных психосоциальных проблем, необходимо осознавать, что проблемы людей с ОВЗ – это проблемы всего общества. Роль людей с ОВЗ и иными особенностями, иными бедами и страданиями, таких, как мигранты, осужденные, сироты, лица БОМЖ и т.д., не сводится к потреблению ресурсов сообщества, «нахлебничеству», к бесконечным жалобам о помощи и неполноценности. Все они учатся и учат общество справляться с жизнью и строить ее «по своему выбору». «Страдания повсеместны и порой невероятно жестоки. Но даже в самых ужасных трущобах, в сердце самых страшных трагедий встречаются люди, которым удавалось не только выжить, но и оставаться счастливыми» [31, р.10], – пишет знаменитый проповедник-инвалид Н. Вуйич о своей «жизни без границ». Ключ к счастью – развитие, труд не только для себя, но и для других людей, общества, ради жизни. Человеку – с ОВЗ и без ОВЗ – необходимо постоянное повышение уровня функционирования организма и иных систем и аспектов его существования за счет ее включения в высокоорганизованную деятельности [2; 3]. Сегрегация и изоляция инвалидов, пожилых, умирающих, так же как и тех, кто совершил или обвинен в совершении преступления, лишен дома и отчизны, лишен благосостояния и социального статуса, отказ от них и неучет их личностного и профессионального потенциала в семье и в социуме в целом, разрушительны для общества, для государства. Напротив, расширение медицинского дискурса, отказ медицины от репрессивно-контролирующего жизнь общества настроя, торговли здоровьем и жизнью, поможет и медицине, и обществу, не только сократить число инвалидизированных здоровых и больных людей, но качественно повысить и развить свои представления о себе и мире, безграничности. На этом пути консультирование и иные социально-психологические практики являются важным дополнением развивающих усилий общества и государства на пути гармонизации отношений, реализации своих потенциаль, накопления и укрепления культурного и физического, социального и человеческого капиталов. Для этого необходимо одно: понимание людьми того, что они живут не для того, чтобы накапливать материальные богатства и развивать технологии производства, не для того, чтобы гарантировать себе и близким комфорт и беспрепятственное воспроизведение, а для того, чтобы осуществить свое – собственно человеческое – предназначение. Консультирование на этом пути – практика постижения предназначения, к которой человек идет, несмотря и благодаря на трудности, проблемы и страдания. Страдания могут быть постоянными, но человек способен найти такой способ жизни, который позволит ему жить достойно, многообразно и расширять границы своего и чужого бытия, своего и чужого понимания – сознания. Поэтому как бы не была важна для лиц с ОВЗ помощь медицинская и социальная, психологическое сопровождение развития человека – ведущий модус работы, с которым будут связаны все успехи реабилитации и абилитации лиц с ОВЗ и иных групп страдающих в нынешнем и будущем веках.

Список литературы

1. Арпентьева М.Р., Богомолова Е.А. Психосоциальное сопровождение лиц с ОВЗ и их семей // Профессиональная библиотека работника социальной службы. – Москва: Социальное обслуживание, 2017. – №1. – 256с.
2. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – Москва: АПН, 1960. – 490с.
3. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. Москва: АМН, 1948. – С. 34–48.
4. Al Ju'beh, K. Disability inclusive development toolkit. –Bensheim: CBM, 2015. – URL: <http://www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM-DID-TOOLKIT-accessible.pdf> (дата обращения 24.01.2018)
5. Bakhshi, P., Kett, M. & Oliver, K. What are the impacts of approaches to increase the accessibility to education for people with a disability across developed and developing countries and what is known about the cost-effectiveness of different approaches? – London: EPPI-Centre, 2013. – URL: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=G4OmSWb9tic%3D&tabid=3419> (дата обращения 22.01.2018)
6. Biggeri, M., Mauro, V., Deepak, S., Trani, J-F., Kumar, J. & Ramasamy. P. Do community-based rehabilitation programmes promote the participation of persons with disabilities? A case control study from Mandya district, in India // *Disability & Rehabilitation*. – 2014. – Vol. 36(18). – P. 1508-1517. URL: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2013.823244> (дата обращения 22.01.2018)
7. Brooks, J., Kabir, A. H. M., Kolgeci, G., Letova, I., Olenik, A., Sali-Terzic, S. & Zholdybayev, A. Strengthening judicial integrity through enhanced access to justice: Analysis of the national studies on the capacities of the judicial institutions to address the needs/demands of persons with disabilities, minorities and women. – New York: UNDP, 2013. – URL: <http://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/Access%20to%20justice.pdf> (дата обращения 21.01.2018)
8. Bruijn, P., Regeer, B., Cornielje, H., Wolting, R., van Veen, S. & Maharaj, N. Count me // *Include people with disabilities in development projects – A practical guide for organisations in North and South*. – Veenendaal: LIGHT FOR THE WORLD, 2012. – URL: <http://www.lightfortheworld.nl/docs/default-source/capacity-building/count-me-in---include-people-with-disabilities-indevelopment-projects.pdf?sfvrsn=18> (дата обращения 22.01.2018)
9. Coe, S. & Wapling, L. Practical lessons from four projects on disability-inclusive development programming // *Development in Practice*. – 2010. – Vol. 20(7). – P. 879-886. – URL: <http://dx.doi.org/10.1080/09614524.2010.508109> (дата обращения 21.01.2018)
10. Coe, S. More practical lessons from five projects on disability-inclusive development // *Development in Practice*. – 2012. – Vol. 22(3). – P. 400-408. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/09614524.2012.664629> (дата обращения 22.01.2018)
11. DESA. Best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts. – New York: UN, 2011. – URL: http://www.un.org/disabilities/documents/best_practices_publication_2011.pdf (дата обращения 22.01.2018)
12. DESA. Accessibility and Development: Mainstreaming disability in the post-2015 development agenda. – New York: UN, 2013. – URL: http://www.un.org/disabilities/documents/accessibility_and_development.pdf (дата обращения 22.01.2018)
13. DFID. Disability, Poverty and Development. – DFID, 2000. – URL: <http://www.make-developmentinclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf> (дата обращения 22.01.2018)
14. Groce, N. & Kett, M.. Youth with disabilities (Working Paper Series: No. 23). London: Leonard Cheshire Disability and InclusiveDevelopment Centre, 2014. URL: https://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/centrepublishations/workingpapers/WP23_Youth_with_Disabilities.pdf (дата обращения 22.01.2018)
15. Groce, N. E. & Bakhshi, P. Illiteracy among adults with disabilities in the developing world: a review of the literature and a call for action // *International Journal of Inclusive Education*, – 2011. – Vol. 15(10). – P. 1153-1168. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13603116.2011.555068> (дата обращения 22.01.2018)
16. Groce, N., Kett, M., Lang, R. & Trani, J-F. Disability and Poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice // *Third World Quarterly*. – 2011. – Vol. 32(8), – P. 1493-1513. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/01436597.2011.604520> (дата обращения 20.01.2018)
17. Disability and equality at work / Heymann, J., Stein, M. A. & Moreno, G. (Eds.). . New York: Oxford University Press, 2014. (дата обращения 22.01.2018)
18. Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., ... Officer, A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies // *The Lancet*. 2012. – Vol. 379(9826). – P 1621–1629. – URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5) (дата обращения 22.01.2018)
19. Lamichane, K. Disability, education and employment in developing countries: From charity to investment. – CUP, 2015. – 286p.
20. Mauro, V., Biggeri, M., Deepak, S. & Trani, J-F. The effectiveness of community based rehabilitation programs: An impact evaluation of a quasi-randomised trial // *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2014. – Vol.68. – P. 1102-1108. – URL: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203728> (дата обращения 22.01.2018)
21. Crises, conflict and disability: Ensuring equality / Mitchell, D. & Karr, V. (Eds.). – New York: Routledge, 2014. – 260p.
22. Mitra S. Employment challenges and successes in low- and middle-income countries. // *Disability and equality at work / J. Heymann, M. Stein, & G. Moreno (Eds)*. – New York: Oxford University Press. Disability inclusion: Topic guide, 2015. – P. 49-59.
23. Mitra, S. A data revolution for disability-inclusive development // *Lancet Global Health*. – 2013. – Vol. 1(4). – P. 178-179. URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70016-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70016-0) (дата обращения 23.01.2018)

24. Mitra, S., Posarac, A. & Vick, B. Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study. // *World Development*. – 2013. – Vol. 41. – P. 1-18. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.05.024> (дата обращения 22.01.2018)
25. Morgon Banks, L. & Polack, S. The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities: Evidence from low and middle income countries. – CBM, International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014. – URL: <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/07/Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report.pdf> (дата обращения 22.01.2018)
26. Nordic Consulting Group (NCG). . Mainstreaming disability in the new development paradigm: Evaluation of Norwegian support to promote the rights of persons with disabilities. Oslo: NORAD, 2012. URL: <http://www.norad.no/en/toolspublications/publications/2012/mainstreaming-disability-in-the-new-development-paradigmevaluation-of-norwegian-support-to-promote-the-rights-of-persons-with-disabilities/> (дата обращения 23.01.2018)
27. Ortoleva, S. & Lewis, H. Forgotten sisters – A report on violence against women with disabilities: an overview of its nature, scope, causes and consequences // *Northeastern public law and theory faculty research papers*. – Series № 104. – Northeastern University, 2012. – URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2133332 (дата обращения 22.01.2018)
28. Rohwerder B. Disability inclusion. Topic guide. November 2015 / B. Rohwerder. – UK, Birmingham: UK Government GSDRC, University of Birmingham, DFID Crown, 2016. – 54p. URL: <http://www.gsdr.org/wp-content/uploads/2015/11/DisabilityInclusion.pdf> (дата обращения 22.01.2018)
29. Trani, J-F. & Loeb, M. Poverty and disability: a vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia // *Journal of International Development*, 2012. – Vol. 24(S1). – P. 19–52. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/jid.1709> (дата обращения 22.01.2018)
30. UNICEF. The state of the world's children 2013: Children with disabilities. New York: UNICEF, 2013. URL: http://www.unicef.org/publications/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf (дата обращения 22.01.2018)
31. Vujicic N. Life without limits. – New York: Random House, 2010. – 288p.
32. Wapling, L. & Downie, B. Beyond charity: a donor's guide to inclusion – Disability funding in the era of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – Boston: Disability Rights Fund, 2012. – URL: http://www.disabilityrightsfund.org/files/beyond_charity_a_donors_guide_to_inclusion.pdf (дата обращения 20.01.2018)
33. WHO & World Bank. World report on disability. – Geneva: WHO, 2011. – URL: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (дата обращения 22.01.2018)
34. WRC. 'I see that it is possible': Building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings. – New York: Women's Refugee Commission, 2015. URL: <https://womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview> (дата обращения 22.01.2018)
35. WRC. Disabilities among refugees and conflict affected populations. – New York: Women's Refugee Commission 2008. – URL: <https://womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations> (дата обращения 20.01.2018)

MEDICAL DISCOURSE AND THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO DISABLED PEOPLE

Arpentieva M.R., mariam_rav@mail.ru, arpentevamr@tksu.ru, grand doctor (*Grand PhD*) of psychological Sciences, associate professor, corresponding member of the Russian academy of natural sciences (RANS), professor of the department at the development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University, leading researcher fellow, Department at the Theory and Methods of Physical Education.

Annotation. The article is devoted to the consideration of medical and related discourses of understanding the problems of disability of people with HIA, the general aspects of the problem related to overcoming disability and providing conditions for the harmonious development of people with HIA were discuss. Modernity is increasingly moving away from traditional models of disability developed by medicine with its emphasis on the levels and types of disability based on the nature of bodily or psychic abnormalities. Pedagogical, inclusive approaches, and in the opinion of practitioners, and theorists believe, are more cost-effective than aid based on the allocation of disability levels. Even more cost-effective is the socio-psychological approach that complements the medical model: treating disability as a concrete expression, consequence and target state of a person in specific socio-psychological situation. Approaches to the development, improvement of assistance to people with disabilities and other needy people include numerous psychosocial models aimed at activating clients and enriching their life activities, including mutual assistance and serving others.

Key words: limitation of opportunities, special needs, disability, inclusion, exclusion, invalidism, disease, anomaly, feature, general education, special education, rights, duties, rehabilitation, development, habilitation, development harmonization, compensation of defect.

References

1. Arpentieva M.R., Bogomolova E.A. Psikhosotsial'noye soprovozhdeniye lits s OVZ i ikh semey [Psychosocial support of persons with HIA and their families]. *Professional'naya biblioteka rabotnika sotsial'noy sluzhby* [Professional library of a social service worker]. Moscow: Social services, 2017, no.1, 256 p.
2. Vygotsky, L.S. *Razvitiye vysshikh psikhicheskikh funktsiy* [Development of higher mental functions]. Moscow: APS, 1960. 490 p.

3. Luria A.R. *Vosstanovleniye funktsiy mozga posle voyennoy travmy* [Restoration of brain functions after a military trauma]. Moscow: AMN, 1948, pp. 34-48.
4. Al Ju'beh, K. Disability inclusive development toolkit. Bensheim: CBM, 2015. URL: <http://www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM-DID-TOOLKIT-accessible.pdf> (accessed 24.01.2018)
5. Bakhshi, P., Kett, M. & Oliver, K. *What are the impacts of approaches to increase the accessibility to education for people with a disability across developed and developing countries and what is known about the cost-effectiveness of different approaches?* London: EPPI-Centre, 2013. URL: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=G4OmSWb9tic%3D&tabid=3419> (accessed 22.01.2018)
6. Biggeri, M., Mauro, V., Deepak, S., Trani, J-F., Kumar, J. & Ramasamy, pp. Do community-based rehabilitation programmes promote the participation of persons with disabilities? A case control study from Mandya district, in India. *Disability & Rehabilitation*, 2014, vol. 36(18), pp. 1508-1517. URL: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2013.823244> (accessed 22.01.2018)
7. Brooks, J., Kabir, A. H. M., Kolgeci, G., Letova, I., Olenik, A., Sali-Terzic, S. & Zholdybayev, A. *Strengthening judicial integrity through enhanced access to justice: Analysis of the national studies on the capacities of the judicial institutions to address the needs/demands of persons with disabilities, minorities and women*. New York: UNDP, 2013. URL: <http://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/Access%20to%20justice.pdf> (accessed 21.01.2018)
8. Bruijn, P., Regeer, B., Cornielje, H., Wolting, R., van Veen, S. & Maharaj, N. Count me. *Include people with disabilities in development projects – A practical guide for organisations in North and South*. Veenendaal: LIGHT FOR THE WORLD, 2012. URL: <http://www.lightfortheworld.nl/docs/default-source/capacity-building/count-me-in---include-people-with-disabilities-in-development-projects.pdf?sfvrsn=18> (accessed 22.01.2018)
9. Coe, S. & Wapling, L. Practical lessons from four projects on disability-inclusive development programming. *Development in Practice*. 2010, vol. 20(7), pp. 879-886. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/09614524.2010.508109> (accessed 21.01.2018)
10. Coe, S. More practical lessons from five projects on disability-inclusive development. *Development in Practice*, 2012, vol. 22(3), pp. 400-408. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/09614524.2012.664629> (accessed 22.01.2018)
11. DESA. *Best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts*. New York: UN, 2011. URL: http://www.un.org/disabilities/documents/best_practices_publication_2011.pdf (accessed 22.01.2018)
12. DESA. *Accessibility and Development: Mainstreaming disability in the post-2015 development agenda*. New York: UN, 2013. URL: http://www.un.org/disabilities/documents/accessibility_and_development.pdf (accessed 22.01.2018)
13. DFID. Disability, Poverty and Development. *DFID*, 2000. URL: <http://www.make-developmentinclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf> (accessed 22.01.2018)
14. Groce, N. & Kett, M.. *Youth with disabilities* (Working Paper Series: No. 23). London: Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, 2014. URL: https://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/centrepublishations/workingpapers/WP23_Youth_with_Disabilities.pdf (accessed 22.01.2018)
15. Groce, N. E. & Bakhshi, P. Illiteracy among adults with disabilities in the developing world: a review of the literature and a call for action. *International Journal of Inclusive Education*, 2011, vol. 15(10), pp. 1153-1168. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13603116.2011.555068> (accessed 22.01.2018)
16. Groce, N., Kett, M., Lang, R. & Trani, J-F. Disability and Poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Quarterly*, 2011, vol. 32(8), pp. 1493-1513. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/01436597.2011.604520> (accessed 20.01.2018)
17. Heymann, J., Stein, M. A. & Moreno, G. (Eds.). *Disability and equality at work*. New York: Oxford University Press, 2014. (accessed 22.01.2018)
18. Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Officer, A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 2012, vol. 379(9826). P 1621–1629. URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5) (accessed 22.01.2018)
19. Lamicchane, K. *Disability, education and employment in developing countries: From charity to investment*. CUP, 2015. 286p.
20. Mauro, V., Biggeri, M., Deepak, S. & Trani, J-F. The effectiveness of community based rehabilitation programs: An impact evaluation of a quasi-randomised trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2014. Vol. 68, pp. 1102-1108. URL: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203728> (accessed 22.01.2018)
21. Mitchell, D. & Karr, V. (Eds.). *Crises, conflict and disability: Ensuring equality*. New York: Routledge, 2014. 260 p.
22. Mitra S. Employment challenges and successes in low- and middle-income countries. Heymann J., Stein M., & Moreno G. (Eds.). *Disability and equality at work*. New York: Oxford University Press. Disability inclusion: Topic guide, 2015, pp. 49-59.
23. Mitra, S. A data revolution for disability-inclusive development. *Lancet Global Health*, 2013, vol. 1(4), pp. 178 -179. URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70016-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70016-0) (accessed 23.01.2018)
24. Mitra, S., Posarac, A. & Vick, B. Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study. *World Development*, 2013, vol. 41, pp.1-18. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.05.024> (accessed 22.01.2018)
25. Morgon Banks, L. & Polack, S. *The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities: Evidence from low and middle income countries*. CBM, International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014 URL: <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/07/Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report.pdf> (accessed 22.01.2018)

26. NCG (Nordic Consulting Group). *Mainstreaming disability in the new development paradigm: Evaluation of Norwegian support to promote the rights of persons with disabilities*. Oslo: NORAD, 2012. URL: <http://www.norad.no/en/toolspublications/publications/2012/mainstreaming-disability-in-the-new-development-paradigmevaluation-of-norwegian-support-to-promote-the-rights-of-persons-with-disabilities/> (accessed 23.01.2018)
27. Ortoleva, S. & Lewis, H. Forgotten sisters – A report on violence against women with disabilities: an overview of its nature, scope, causes and consequences. *Northeastern public law and theory faculty research papers. Series № 104*, Northeastern University, 2012. URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2133332 (accessed 22.01.2018)
28. Rohwerder B. *Disability inclusion. Topic guide. November 2015* UK, Birmingham: UK Government GSDRC, University of Birmingham, DFID Crown, 2016, 54p. URL: <http://www.gsdr.org/wp-content/uploads/2015/11/DisabilityInclusion.pdf> (accessed 22.01.2018)
29. Trani, J-F. & Loeb, M. Poverty and disability: a vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*, 2012, vol. 24(S1), pp. 19–52. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/jid.1709> (accessed 22.01.2018)
30. UNICEF. *The state of the world's children 2013: Children with disabilities*. New York: UNICEF, 2013. URL: http://www.unicef.org/publications/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf (accessed 22.01.2018)
31. Vujicic N. *Life without limits*. New York: Random House, 2010. 288p.
32. Wapling, L. & Downie, B. *Beyond charity: a donor's guide to inclusion – Disability funding in the era of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Boston: Disability Rights Fund, 2012. URL: http://www.disabilityrightsfund.org/files/beyond_charity_a_donors_guide_to_inclusion.pdf (accessed 20.01.2018)
33. WHO & World Bank. *World report on disability*. Geneva: WHO, 2011. URL: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (accessed 22.01.2018)
34. WRC. *'I see that it is possible': Building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings*. New York: Women's Refugee Commission, 2015. URL: <https://womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview> (accessed 22.01.2018)
35. WRC. *Disabilities among refugees and conflict affected populations*. New York: Women's Refugee Commission 2008. URL: <https://womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations> (accessed 20.01.2018)

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЙ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бочаров В.В., bochvikvik@gmail.com, к.пс.н., доцент, руководитель лаборатории клинической психологии¹.

Шишкова А.М., shishspb@mail.ru, к.пс.н., старший научный сотрудник¹.

Сивак А.А., sito89@mail.ru, медицинский психолог².

Ипатова К.А., ipatova_k@mail.ru, медицинский психолог².

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская наркологическая больница».

Аннотация: Описаны результаты исследования феноменов «эмоционального выгорания» и их взаимосвязи с показателями смысловых ориентаций на фокус группе из 70 родственников пациентов, страдающих аддикцией (опиодная и алкогольная зависимость). Полученные данные отражают наличие множественных связей между показателями, характеризующими смысловые ориентации и параметрами, представляющими континуум «вовлеченность-выгорание». Высокая осмысленность, эмоциональная насыщенность и удовлетворенность жизнью, а также ощущение ее управляемости связаны с чувством собственной эффективности в лечении родственника и слабой выраженностью таких проявлений «эмоционального выгорания» как истощение, цинизм и деструктивная разрядка напряжения.

Ключевые слова: «эмоциональное выгорание», «вовлеченность», родственники аддиктов, смысловые ориентации, конструктивная личностная активность.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня эмоционального выгорания родственников больных с аддиктивными расстройствами», № 17-06-00533

Хроническое заболевание близкого часто становится тяжелым «бременем» для его родственников, всеми силами стремящихся поддержать больного, используя доступные им материальные, информационные и эмоциональные ресурсы. Особенности течения хронических заболеваний, в частности, цикличность периодов обострения и ремиссии, сопровождающихся паттернами надежды и разочарования у членов семьи может постепенно приводить к истощению, отражающемуся на разных уровнях функционирования родственников больного [5; 7; 8 и др.].

Концепция «эмоционального выгорания» в настоящий момент выступает в качестве одного из важных объяснительных принципов, применимых не только к производственным, детско-родительским, но и в широком смысле родственным отношениям, связанным с потребностью в опеке какого-либо члена семьи [2]. Многочисленные исследования

родственников хронически больных с психической и соматической патологией [1; 6; 9; 10 и др.], показали целесообразность применения данного конструкта для оценки внешних (нагрузка, длительность ухода, тяжесть заболевания) и внутренних (социальные установки, уровень самооценки, выраженность феноменов деперсонализации) факторов, обеспечивающих оптимальные условия взаимодействия родственника и больного.

В тоже время, в области изучения психологии родственников аддиктивных больных исследования посвященные «эмоциональному выгоранию» отсутствуют.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи «эмоционального выгорания» с показателями смысловых ориентаций у родственников больных с аддиктивными расстройствами.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 70 родственников больных с аддиктивными расстройствами, средний возраст составил 53,59 (SD = 13,51). Среди обследованных были родители и супруги пациентов, находившихся в СПбГБУЗ «ГНБ» и ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», с связи с опиоидной или алкогольной зависимостью. Родственникам больных предлагалось участие в психологическом исследовании, подписывалось информированное согласие. В исследование не включались родственники, имеющие грубые интеллектуальные или психические расстройства (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз) в актуальном состоянии или в анамнезе, соматические заболевания в состоянии выраженной декомпенсации. Данные родственники составили фокус группу, собранную в рамках первого этапа исследовательского проекта, посвященного разработке методологии и инструментария оценки уровня «эмоционального выгорания» родственников больных с аддиктивными расстройствами».

В качестве психодиагностических методов выступали:

1. *Специализированный инструментарий оценки уровня «эмоционального выгорания» родственников* – УЭВР, который представляет собой двухполюсный конструкт включающий показатели, отражающие феномены «выгорания»: «Истощение» (Exhaustion – Exhaus), «Цинизм» (Depersonalization – Depers) и «Деструктивная разрядка напряжения» (Destruction – Destr) и показатели, отражающие феномены «вовлеченности», противоположные «выгоранию»: «Энергия» (Vigor – Vig), «Наполненность смыслом» (Dedication – Dedic), «Поглощенность» (Absorbtion – Absorb), а также показатель «Редукция личных достижений – Самоэффективность в лечении родственника» (Selfefficacy/inefficacy – Selfeff), где более высокие значения, отражают движение в сторону самоэффективности [3]. Для удобства представления материала исследования нами в последующем будет использоваться английская аббревиатура шкал.

2. Тест смысловых ориентаций – СЖО, являющийся адаптированной Д.А.Леонтьевым версией теста Purpose-in-LifeTest [4].

Для ведения базы данных использовался статистический пакет SPSS 19. В качестве меры связи между показателями был применен коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Корреляционный анализ показателей, отражающих проявления «эмоционального выгорания» (данные УЭВР) с показателями методики СЖО позволил выявить наличие множественных разнообразных связи между показателями, характеризующими смысловые ориентации родственников аддиктивными параметрами, отражающими континуум «вовлеченность – выгорание».

В таблице 1 представлен анализ корреляционных связей показателей, отражающих проявления эмоционального «выгорания–вовлеченности» со значениями показателей методики СЖО в группе родственников аддиктивных больных.

Таблица 1. Значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R) между параметрами, отражающими проявления эмоционального «вовлеченность- выгорание» и показателями методики СЖО.

Показатели СЖО	Признаки «эмоционального выгорания» – «вовлеченности»						
	Vig	Dedic	Absorb	Selfeff	Exhaus	Depers	Destr
Цели в жизни				,421**	-,300*	-,360*	-,451**
Процесс жизни				,579**	-,336**	-,383**	-,417**
Результативность жизни	,251*			,435**	-,444**	-,451**	-,582**
Локус контроля-Я				,339**	-,309**	-,320**	-,507**
Локус контроля-жизнь				,458**	-,345**	-,367**	-,525**
Общий показатель осмысленности жизни				,300*			-,299*

Примечание: знаками * и ** обозначена достоверность различий при значениях $p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно.

Как видно из таблицы, все показатели шкал СЖО, а именно: «Цели в жизни», «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни», «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией», «Локус контроля-Я», «Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни» при $p < 0,01$ и «Общий показатель осмысленности жизни» при $p < 0,05$ положительно коррелируют с параметром «Самоэффективность в лечении родственника – Selfeff» (УЭВР), представляющим полюс «вовлеченность». Кроме того, выявляется положительная корреляционная связь (при $p < 0,05$) показателя «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией» и параметра «Энергия–Vig» (УЭВР), также отражающего феномен противоположный «выгоранию».

Множественные отрицательные корреляционные взаимосвязи (при $p < 0,01$) выявляются практически между всеми вышеперечисленными показателями шкал СЖО и параметрами УЭВР, представляющим полюс «выгорание». К данному

полюсу относятся параметры «Истощение–Exhaus», «Цинизм–Depers» и «Деструктивная разрядка напряжения–Destr». Исключение составляет «Общий показатель осмысленности жизни», который отрицательно коррелирует только с «Деструктивная разрядка напряжения–Destr» при $p < 0,05$.

Полученные данные говорят о том, что феномены, отражающие истощение психологических ресурсов родственников, произошедшее в процессе опеки больного аддикцией, связаны с выраженным снижением ощущения осмысленности их собственного существования. Родственники аддиктовоощущающие снижение интереса к больному, развивающееся по мере течения болезни близкого, переживающие разочарование в методах лечения и самом зависимом от психоактивных веществ члене семьи, чувствующие снижение жизненной энергии в сложившейся жизненной ситуации, а также демонстрирующие наличие психосоматических нарушений, одновременно характеризуются ощущением бессмысленности собственной жизни, низкой удовлетворенностью по всем категориям (цель – будущее, процесс – настоящее и результат – прошлое), потенциально наполняющим осмысленностью собственное существование.

Взаимосвязь ощущения собственной эффективности в лечении родственника с высокой осмысленностью, эмоциональной насыщенностью и удовлетворенностью жизнью, а также ощущением ее управляемости говорит о высокой значимости деятельности, направленной на опеку больного аддикцией для его близких.

Заключение. Выявленные взаимосвязи говорят о том, что процесс «эмоционального выгорания» выражает трансформацию конструктивной осмысленной активности личности. Показатели, отражающие выраженность проявлений контитуума «вовлеченность-выгорание», являются важными индикаторами ресурсов личности, которые могут быть задействованы в процессе психотерапии родственников больных с аддиктивными расстройствами.

Список литературы

1. Алиева Н. Ф., Кошелюк Н. А. Специфика социально-психологических условий в семье, воспитывающей ребенка-инвалида как фактор развития синдрома эмоционального выгорания // Социально-педагогическая деятельность в социуме: теория, практика, перспективы : сб. науч. тр. VI Международных социально-педагогических чтений им. Б.И. Лившица. – Екатеринбург : Уральск. гос. пед. ун-т, 2014. – С. 7–12.
2. Бочаров В.В. Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью (сообщение 1) / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Ю.С. Черная Ю.С., А.А. Сивак, К.А. Ипатова // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 2017. № 4. – С. 27–34.
3. Бочаров В.В. Опыт исследования некоторых аспектов «эмоционального выгорания» у матерей и жен больных с аддиктивными расстройствами / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, А.А. Сивак, К.А. Ипатова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 18.02.2018).
4. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — 18 с.
5. Фисун Е. В., Поляков В. Г., Климова С. В. Проблема эмоционального выгорания у родителей детей, находящихся на стационарном лечении онкозаболевания // Детская онкология. – 2013. – № 1/3. – С. 43–49.
6. Angermeyer M. C., Bull N., Bernert S. et al. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses // Arch. Psychiatr. Nurs. – 2006. – Vol. 20. – P. 158–165.
7. Lindström, C., Åman, J., Norberg, A. L. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children // Acta Paediatrica. – 2010. – Vol. 99 (3). – P. 427–432. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x
8. Patterson J. M., Garwick A. W. The impact of chronic illness on families: a family perspective // Ann. Behavior. Med. — 1994. — Vol. 16 (2). — P. 131–142.
9. Truzzi A., Souza W., Bucasio E., et al. Burnout in a sample of Alzheimer's disease caregivers in Brazil // Eur. J. Psychiat. – 2008. – Vol. 22 (3). – P. 151–160.
10. Vinayak S., Dhanoa S. Relationship of Parental Burnout with Parental Stress and Personality among Parents of Neonates with Hyperbilirubinemia // Int. J. Indian Psychol. – 2017. – Vol. 4 (2), No. 92, – P. 102–111.

INTERRELATION OF LIFE-PURPOSE ORIENTATIONS AND “EMOTIONAL BURNOUT” IN RELATIVES OF PATIENTS' WITH ADDICTIVE DISORDERS

Bocharov Viktor, PhD, Head of Laboratory of Clinical Psychology and psychodiagnostic¹, e-mail: bochvikvik@gmail.com

Shishkova Alexandra, PhD, Senior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and psychodiagnostic¹, e-mail: shishspb@mail.ru

Sivak Alexandra, Clinical psychologist², e-mail: sito89@mail.ru

Ipatova Kira, Clinical psychologist², ipatova_k@mail.ru

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology

²Saint-Petersburg City Addiction Hospital

Abstract: The results of research of “emotional burnout” in focus group of 70 opioid or alcohol addicted patients' relatives are described. The interrelations of life-purpose orientations and “emotional burnout” in relatives of patients' with addictive disorders are also investigated. The high awareness of life, emotional satisfaction and feeling of life control are connected with own self-efficacy in treatment of the addicted relative and weak expressiveness of such manifestations of “emotional burnout” as exhaustion, cynicism and a destructive discharge of tension.

Key words: “emotional burnout”, “engagement”, relatives of addicts, life-purpose orientations, constructive personal activity.

References:

1. Alieva N. F., Kosheljuk N. A. Specificasocial'no-psihologicheskikh uslovij v sem'e, vospityvajushhej rebenka-invalidakakfaktorrazvitijsindromajemocional'nogovygoranija[Specifics of social and psychological conditions in the family

- which is bringing up the disabled child as a factor of development of a syndrome of emotional burnout]Social'no-pedagogicheskajadejatel'nost' v sociume: teorija, praktika, perspektivy : sb. nauch. tr. VI Mezhdunarodnyhsocial'no-pedagogicheskikhchtenijim. B.I. Livshica. – Ekaterinburg : Ural'sk. gos. ped. un-t, 2014. – S. 7–12.
2. Bocharov V.V. Perspektivyissledovaniyajemocional'nogovygoranijarodstvennikovpacientov, stradajushhihalkogolizmomiliopioidnojzavisimost'ju (soobshhenie 1) [Prospects of research of emotional burnout in relatives of patients with alcohol or opioid dependence (message 1)]/ V.V. Bocharov, A.M. Shishkova, Ju.S. ChernajaJu.S., A.A. Sivak, K.A. Ipatova/ Obozreniepsihiatrii med. psihologiiim. V. M. Behtereva. 2017. № 4. – S. 27–34.
 3. Bocharov V.V. Opytissledovanijanekotoryhaspektov «jemocional'nogovygoranija» u materejizhenbol'nyh s addiktivnymirasstrojstvami[Some aspects of «emotional burnout» at mothers and wives of patients with addictive disorder, experience of research] / V.V. Bocharov, A.M. Shishkova, A.A. Sivak, K.A. Ipatova // Medicinskajapsihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2017. – T. 9, № 6(47) [Jelektronnyjresurs]. URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 18.02.2018).
 4. Leont'ev D.A. Test cmyslozhiznennyhorientacij (SZhO) [Purpose-in-Life Test, PIL]. 2-e izd. M.: Smysl, 2000.18 s.
 5. Fisun E. V., Poljakov V. G., Klimova S. V. Problemajemocional'nogovygoranija u roditelejdetej, nahodjashhihsjanastacionarnomlecheniionkozabolevanija[Problem of emotional burnout in parents of children hospitalizedwith oncological disease]/Detskajaonkologija. – 2013. – № 1/3. – S. 43–49.
 6. Angermeyer M. C., Bull N., Bernert S. et al. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses // Arch. Psychiatr. Nurs. – 2006. – Vol. 20. – P. 158–165.
 7. Lindström, C., Åman, J., Norberg, A. L. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children // ActaPaediatrica. – 2010. – Vol. 99 (3). – P. 427–432. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x
 8. Patterson J. M., Garwick A. W. The impact of chronic illness on families: a family perspective // Ann. Behavior. Med. — 1994. — Vol. 16 (2). — P. 131–142.
 9. Truzzi A., Souza W., Bucasio E., et al. Burnout in a sample of Alzheimer's disease caregivers in Brazil // Eur. J. Psychiat. – 2008. – Vol. 22 (3). – P. 151–160.
 10. Vinayak S., Dhanoa S. Relationship of Parental Burnout with Parental Stress and Personality among Parents of Neonates with Hyperbilirubinemia // Int. J. Indian Psychol. – 2017. – Vol. 4 (2), No. 92, – P. 102–111.

ФЕНОМЕН ПСИХОПЛАСТИЧНОСТИ В ПСИХОТЕРАПИИ

(по результатам системного исследования)

Катков А.Л., д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, г. Санкт-Петербург.

Аннотация: В статье А.Л. Каткова «Феномен психопластичности в психотерапии (по результатам системного исследования)» обосновывается целесообразность системного исследования данного феномена, прежде всего с позиции повышения эффективности профессиональной психотерапевтической практики. Подробно рассматриваются содержательные и функциональные характеристики феномена психопластичности. Приводятся исчерпывающие сведения по технологическому обеспечению и психотехническому анализу основных компонентов рассматриваемого феномена. Формулируются необходимые теоретические обобщения. Определяется метапозиция феномена психопластичности в общей теории психотерапии и его роль в обеспечении интеграции профессии. В заключительной части статьи обсуждаются перспективы продолжения исследований в данном направлении и внедрения полученных результатов в практику.

Ключевые слова: *психотерапия, психопластичность, эффективность, доказательность*

Введение

В профессиональном сообществе остается все меньше сомнений в том, что наиболее актуальный клиентский запрос на психотерапевтическую помощь, предъявляемый в последние годы, может быть выражен в формуле: «максимум желаемых изменений здесь и сейчас».

Видимо, последними в нашей профессиональной среде этот очевидный факт признали коллеги из психоаналитического лагеря. И вот уже из этого, наиболее консервативного – в смысле приверженности к долговременным форматам сектора профессиональной психотерапии – раздаются осторожные сигналы в духе того, что и сам Фрейд допускал возможность существенного улучшения в статусе клиента уже после одной-двух встреч с психотерапевтом-психоаналитиком. И уже одно только это заявление говорит о многом.

Что касается менее ортодоксальных в своих профессиональных установках специалистов-психотерапевтов, то в соответствующих рекламных слоганах только уж совсем ленивый не обещает желаемых для клиента изменений в самое короткое время.

И слава Богу, ведь все это выглядит гораздо лучше, чем «высокопрофессиональные» и безусловно фрустрирующие клиентов заявления о необходимости продолжительной – в 10-20 встреч как минимум – психотерапии, в ходе чего (!) изменения в состоянии клиента к лучшему вовсе не гарантированы и (!) очень может быть, что ему станет в чем-то и труднее, и хуже. Ну и, конечно (!), за все это отвечает он сам, а не специалист, произносящий все эти глубокомысленные сентенции.

Чего уж тут удивляться тому, что девять из десяти наших сограждан, нуждающихся в психотерапевтической помощи, обращаются со своими проблемами к парапрофессионалам, плывущим по течению клиентского запроса и не

нагромождающих таких вот «рукотворных» и совершенно не обязательных сложностей на старте терапевтической коммуникации.

Однако же дело еще и в том – и это главный аспект настоящего сообщения – что вот этот запрос на экспресс-форматы реализуемой психотерапевтической практики с необходимостью трансформируется в гораздо более глубокий профессиональный запрос на адекватное методологическое оформление такого экспрессивного психотерапевтического вмешательства. На полное понимание и полноценную психотехническую расшифровку того, за счет каких именно феноменов и механизмов функционирования психического, а также технологий профессиональной психотерапии достигается требуемый результат. При обязательном условии того, что такой результат должен обеспечиваться без какого-либо ущерба, а наоборот – с ощутимыми дивидендами для среднесрочной и долгосрочной перспективы повышения адаптационных кондиций и качества жизни клиента.

Еще один важный аспект настоящего сообщения, ориентированный уже на интегративный вектор развития профессиональной психотерапии, заключается в необходимости переосмысления размытого множества так называемых общих терапевтических факторов и сведения их в аргументированный с позиции доказательной практики, четко структурированный с психотехнических позиций концепт профессиональной психотерапии.

Наконец – и это результирующий вектор нашего исследования – идентифицированные и систематизированные характеристики феномена психопластичности безусловно обогащают наши представления о функционировании собственно информационного уровня процессов жизнедеятельности человека (что, собственно, и следует понимать под психикой) и возможностях генерации с этого важнейшего уровня пластических эффектов на нижележащие нейро-иммунно-эндокринно-эпигенетические уровни жизнедеятельности в целях стойкого улучшения адаптационных кондиций пациентов/клиентов.

Три последние задачи решались нами в ходе выполнения масштабных исследовательских проектов, реализованных в период 2001 – 2014 гг.

Результаты этих исследовательских проектов, непосредственно касающиеся феномена психопластичности, изложены в нижеследующих разделах настоящей статьи.

Общая методология исследования

В целом используемую в ходе реализации многолетней исследовательской программы методологию можно охарактеризовать как сложную, комплексную и многоступенчатую, учитывающую как сущностно-содержательные проявления феномена психопластичности, так и его функциональные и генеративные характеристики.

Такое сложное и комплексное исследование феномена психопластичности с углубленной проработкой соответствующих теоретических и практических блоков профессиональной психотерапии проводилось нами в ходе выполнения серии самостоятельных исследовательских проектов, реализуемых кафедрой психотерапии, психиатрии-наркологии, клинической и консультативной психологии Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (руководитель – проф. А.Л. Катков), научным блоком РНПЦ г. Павлодара, Международного института социальной психотерапии г. Санкт-Петербурга.

В период с 2001 по 2005 годы нами была проведена весьма трудоемкая работа по идентификации и агрегации с использованием соответствующих методов статико-математического анализа, наиболее существенных характеристик феномена психопластичности. И далее – осуществлялась адекватная трансформация этих характеристик с выведением совокупности универсальных единиц, учитываемых в рабочей версии разработанной методологии психотехнического анализа.

Полученный таким образом исследовательский инструмент (в частности – шкалированный вариант протокола психотехнического анализа) использовался нами во всех исследовательских фрагментах, реализуемых с 2005 года в основном в целях дифференцированной оценки эффективности психотерапевтического вмешательства и определения «весовых вкладов» выделяемых универсальных единиц психотехнического анализа в отслеживаемой терапевтической динамике.

Основные результаты по уточнению содержательных, функциональных и генеративных характеристик феномена психопластичности были получены в период 2005 – 2014 гг. в ходе реализации серии исследовательских проектов по разработке и оценке эффективности следующих версий полимодальной психотерапии: «Полимодальная экспресс-психотерапия» (2005 – 2010); «Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ и лиц с деструктивной психологической зависимостью» (2002 – 2011); «Стратегическая полимодальная психотерапия тяжело и длительно болеющих» (2012 – 2016).

Завершающая аналитическая фаза исследовательского цикла с выведением полного свода системных характеристик исследуемого феномена и необходимых теоретических обобщений проводилась в рамках программной деятельности Международного института социальной психотерапии (2013 – 2016 гг.).

Материалы исследования. Основными материалами исследования являлись массивы данных:

- выделяемых из основных информационных источников (всего 680) и касающихся некоторых феноменологических проявлений и общих факторов психотерапии. Эти данные, в свою очередь, являлись предметом эпистемологического анализа и экспертных оценок, проводимых на стартовом этапе общей исследовательской программы;
- полученных в результате комплексного статико-математического анализа (проводимого в целях агрегации общих факторов в функциональные кластеры – технологические характеристики феномена психопластичности);
- выводимых по результатам отслеживания терапевтической и посттерапевтической динамики исследуемых групп со следующими установочными и объемными характеристиками: лица с диагнозом химической зависимости – 8751 чел.; лица с деструктивной психологической зависимостью – 286 чел.; лица с расстройствами адаптации (F 43.2 по МКБ-10) – 2212; лица с диагнозом тяжелых соматических заболеваний (онкопатология, СПИД, дегенеративные неврологические заболевания) – 68.

По всем исследуемым группам имелся как минимум годичный период посттерапевтического мониторинга.

Методы исследования. На стартовой и наиболее трудоемкой стадии реализации комплексного проекта с целью идентификации, уточнения семантики, устранения дублирующих определений и смыслов из общего поля содержательных характеристик феномена психопластичности, а также с целью адекватной агрегации наиболее существенных генеративных и функциональных характеристик исследуемого феномена нами использовался *метод экспертных оценок*.

В нашем случае формализованная процедура экспертной оценки включала сбор, анализ и интерпретацию независимых суждений нескольких экспертов о деталях (сюда были включены известные «общие» факторы психотерапии) и комплексных (сюда были включены эмерджентные характеристики «общих» факторов психотерапии, систематизированных по основным функциональным кластерам) характеристиках исследуемого феномена психопластичности. Последние, в свою очередь, обобщались и укрупнялись до содержательных (т. е. имеющих непосредственное отношение к внешним проявлениям и «внутренним» психологическим характеристикам переживаемого состояния), функциональных (т. е. раскрывающих конструктивную функциональную направленность исследуемого состояния) и генеративных (т. е. имеющих непосредственное отношение к генерации исследуемого феномена за счет использования особых механизмов или общих факторов профессиональной психотерапии). Что в итоге способствовало появлению системного описания исследуемого феномена и выведению адекватных оценочных параметров, определяющих «весовой вклад» используемых метатехнологий в формирование конечного эмерджентного параметра – собственно феномена психопластичности – и общую эффективность психотерапевтического процесса.

На этом же этапе нами использовалась модифицированная версия метода *эпистемологического анализа*. В классическом варианте данный метод представляет собой способ критического пересмотра определённой области знаний, что для профессиональной психотерапии, «подпитываемой» в основном произвольными психотехническими теориями, является крайне важным. В частности, эпистемологический анализ позволяет: идентифицировать глубинный культурно-исторический и собственно эпистемологический контекст, из которого выводится исследуемая форма знаний; отделять иллюзии, «идеологию» от подлинно научных, концептуальных основ знания; отделять поверхностную интерпретацию контекста развития рассматриваемой области знания от глубинной; осуществлять в результате всего вышесказанного адекватное выведение реальных и обоснованных универсалий в исследуемой сфере, а также путей и методов их получения.

Используемая нами модифицированная версия эпистемологического анализа в том числе включала следующие этапы достаточно сложной исследовательской процедуры:

- 1) четкую идентификацию анализируемых характеристик феномена психопластичности по согласованным критериям;
- 2) проведение факторного анализа, устанавливающего значимые уровни взаимозависимости исследуемых характеристик с конечными индикаторами эффективности психотерапевтического процесса и отсевом несущественных факторов;
- 3) проведение процедуры кластерного анализа с агрегацией исследуемых характеристик в однородные группы и выведением сводного (эмерджентного) параметра – универсальных единиц исследуемого коммуникативного метатехнологического уровня;
- 4) контролируемое тестирование и подтверждение высокой разрешающей способности полученного агрегированного признака – универсальной оценочной единицы психотехнического анализа;
- 5) использование полученных таким образом универсальных оценочных единиц в стандартной процедуре психотехнического анализа.

Таким образом, был сформирован итоговый перечень адекватных «весовых» признаков феномена психопластичности – универсальных единиц психотехнического анализа, которые, в свою очередь, позволили найти решение чрезвычайно важной задачи дифференцированной оценки эффективности психотерапевтической практики.

В ходе реализации основного (полевого) этапа тематической исследовательской программы использовались следующие *диагностические методы*: клинко-диагностический, позволяющий устанавливать диагноз соматических заболеваний и отслеживать динамику соматического состояния в соответствующих исследуемых группах; клинко-психопатологический, позволяющий выявлять признаки психических и поведенческих расстройств, констатировать наличие синдрома деморализации (по Дж. Франку, 1971) и других психопатологических синдромов у представителей соответствующих исследуемых групп; клинко-психологический, позволяющий квалифицировать особенности личности и поведения, отношения к болезненным проявлениям в исследуемых группах; экспериментально-психологический, дающий возможность идентификации свойств, процессов и состояний, имеющих непосредственное отношение к качественным характеристикам психического здоровья (основная универсальная мишень полимодальной психотерапии и одновременно – важнейший среднесрочный индикатор эффективности психотерапевтической практики).

На основном (полевым) и аналитическом этапах тематической исследовательской программы использовались следующие *универсальные методы*: статистических метод – для проведения статистико-математической обработки показателей, полученных при реализации экспериментальных методов полимодальной психотерапии в исследуемых группах. При этом использовались программные продукты SPSS для Windows, обладающие необходимыми возможностями для всех этапов аналитического процесса в математической статистике, включая дифференцированный статистический анализ. При изучении взаимосвязи и взаимозависимости исследуемых признаков применялись коэффициенты корреляции Пирсона (измерение силы линейных взаимосвязей между двумя переменными) и Спирмена (ранговая корреляция). Оформление каких-либо выводов делалось только лишь на основании достоверных данных, полученных в результате статистико-математической обработки исследуемых параметров и показателей.

Инструменты исследования. На основных этапах реализации тематической программы нами использовались следующие инструменты:

1. *Базисная исследовательская карта (БИК) стационарного больного* – инструмент, используемый для систематизированного сбора информации в ходе проведения клинических, клинико-психологических исследований, в том числе и в рамках реализации тематической научной программы. Регистрация исследуемых параметров в изучаемых группах предполагает заполнение самим пациентом и специалистами, имеющими отношение к исследовательскому процессу, трех частей БИК.

Первая часть БИК в общей сложности содержит 172 параметра, 804 показателя, распределенных по 5 разделам, отражающим общие сведения о пациенте. Вторая часть отражает информацию о типе и основных характеристиках патологического состояния зависимости, представлена 176 параметрами, 1084 показателями. В третьей части сосредоточены показатели специальных психологических тестов и исследований – до 350 индикаторов.

Статистико-математическая обработка тематических исследовательских карт (их электронный вариант) позволяет установить достоверные различия и значимые корреляции в динамике основных клинико-психопатологических, клинико-психологических проявлений и ранжированных психотехнических характеристик в исследуемых группах – экспериментальных, контрольных группах сравнения.

2. *Шкалированный вариант протокола психотехнического анализа* – исследовательский инструмент, используемый для дифференцированной оценки эффективности реализуемых экспериментальных и стандартных моделей психотерапии в исследуемых группах.

Протокол комплексного психотехнического анализа психотерапевтического процесса в числе прочего предусматривает процедуру наблюдения за проведением данного процесса с фиксированием и оценкой динамики учитываемых признаков по специальным шкалам, занесение результатов шкалированной оценки в стандартные бланки и схемы, и далее – выведение общего заключения и рекомендаций по анализируемому психотерапевтическому процессу. При этом собственно инструментами психотехнического анализа являются разработанные оценочные шкалы, а первичной документальной базой – стандартные бланки и схемы.

Всего в процедуре психотехнического анализа предусмотрено заполнение 9 стандартных бланков, соответствующих дифференцируемым шкалам субъективного (шкалы 1-4), заполняемые клиентами, и объективного (шкалы 5-9) контроля, заполняемые техническим специалистом, проводящим процедуру комплексного психотехнического анализа.

Далее предусматривается выведение графика продвижения клиента по этапам и фазам в общей схеме адаптивно-креативного цикла (итоговая схема 10). Также предусмотрен специальный бланк общей информации, заполняемый специалистом-исследователем (11).

Разработанная методология психотехнического анализа, с нашей точки зрения, удовлетворяет критериям такой универсальной оценочной системы, в которой с успехом могут использоваться и все другие, получаемые в ходе исследовательского процесса психологические, клинические и прочие «объективные» индикаторы эффективности профессиональной психотерапии (А.Л. Катков, 2016).

Приверженность принципам доказательной практики в ходе реализации основных фрагментов тематической исследовательской программы обеспечивалась специальными службами статистики и патентования, экспертной группой по доказательной медицине, группой по менеджменту научных исследований, этическим комитетом РНПЦ МСПН (г. Павлодар), которые в совокупности обеспечивали строгий предварительный и текущий контроль над качеством процесса сбора и анализа первичной информации; соблюдение этических принципов; приверженность принципам надлежащей клинической практики и доказательной медицины. В частности, только лишь положительное заключение экспертного совета и этического комитета по каждому реализуемому фрагменту соответствующей научно-технической программы являлось основанием для продолжения исследования. Промежуточный и итоговый контроль качества проводимых тематических исследований осуществлялся экспертами авторитетных исследовательских центров.

Оценка уровня доказательности проведенных тематических исследований, выполненная авторитетными отечественными и зарубежными агентствами, показывает, что основной тип организации тематического исследовательского процесса соответствовал уровню сложности и особенностям предметной сферы заявляемой исследовательской проблемы. А используемый в комплексном исследовательском проекте уровень *рандомизированных, неслепых исследований с осуществлением базового контроля* следует квалифицировать как наиболее высокий из возможных в сфере профессиональной психотерапии доказательных уровней.

Результаты исследования

Наиболее существенные характеристики феномена психопластичности рассматривались нами в трех ключевых аспектах – содержательном, функциональном и генеративном. Собственно содержательные характеристики исследуемого феномена представлены в основном в той последовательности, которая отражает степень их значимости в обеспечении главных промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

Далее нами был сделан акцент на исследование и описание взаимозависимости феномена психопластичности с актуальными функциональными аспектами и технологическими характеристиками психотерапевтического процесса, в том числе и с теми, которые были разработаны в самые последние годы, на адекватную – с учетом имеющихся на сегодняшний день достижений в сфере наук о психике – интерпретацию феномена психопластичности.

В заключительной части настоящего раздела рассмотрены прикладные вопросы психотехнической оценки «веса присутствия» феномена психопластичности в психотерапевтической коммуникации, а также вопросы подготовки профессиональных психотерапевтов по разделам соответствующего макротехнологического и метатехнологического оформления психотерапевтического процесса.

В нижеследующих подразделах мы будем придерживаться именно такой последовательности изложения полученных нами результатов.

Содержательные характеристики феномена психопластичности

В ходе реализации основных фрагментов тематической исследовательской программы нами были идентифицированы следующие содержательные характеристики феномена психопластичности:

- *По наиболее приоритетному параметру скорости усвоения и генерации актуальной информации:* манифестация феномена психопластичности проявляется в существенным возрастанием скорости усвоения и генерации актуальной информации, имеющей непосредственное отношение к терапевтическому процессу (в данном случае речь идет о генерации альтернативных-адаптивных копиров или любых других, конструктивных в терапевтическом плане проявлений креативного синтеза, т. е. о стержневом процессе терапевтической трансформации пациента/клиента).

- *По параметру характеристик сферы сознания:* в данном случае речь идет о специфическом, активирующем режиме функционирования бодрствующего сознания вовлеченного в терапевтическую коммуникацию субъекта (БСС в классификации Чарльза Тарта).

Особенности данного режима функционирования сознания коренным образом отличаются от характеристик режима дискретных состояний сознания (ДСС в той же классификации). Более подробно этот вопрос – в связи с его особой важностью в формулировке итоговых выводов – рассматривается нами в разделе интерпретации полученных исследовательских результатов.

- *По параметру общей активности:* манифестация феномена психопластичности прослеживается в виде сброса напряжения, которое в явной или неявной форме отмечается у клиента («выдох» напряжения), после чего в статусе пациентов /клиентов отмечается общее оживление, они производят впечатление «проснувшихся». Существенно возрастает речевая активность, склонность к проявлению инициативы. В частности, возросший уровень активности проявляется в оживленной моторике, пластичных и дифференцированных пантомимических реакциях. Пациенты /клиенты по собственной инициативе сокращают дистанцию с терапевтом. С какого-то момента можно отметить и такое специфическое пантомимическое и моторное взаимодействие терапевта с клиентом, которое обозначается как «общий танец».

- *Сопутствующие вегетативные реакции:* сброс телесного напряжения может сопровождаться так называемой вегетативной волной – кратковременным учащением дыхания, покраснением кожных покровов, появлением особого блеска в глазах и пр.

- *По параметру эмоциональных реакций:* с манифестацией феномена психопластичности констатируется порой весьма драматическое изменение вектора эмоциональных реакций с неопределенно-тревожного, напряженно-настороженного и в целом сниженного эмоционального фона, характерного для стартового состояния деморализации и доминирующей защитно-конфронтационной метапозиции пациента/клиента – на оживленно-приподнятый и в целом позитивный аффект, связанный с появлением состояния определенности, надежды и проявлением синергетической метапозиции у пациента/клиента.

Такое общее эмоциональное оживление сопровождается дифференцированными, пластичными и адекватными эмоциональными реакциями на происходящее, что в корне отличается от трансовых состояний достаточно монотонной «зачарованности» или «самопогруженности», связанных со снижением уровня бодрствования пациента/клиента.

- *По параметру интеллектуальной продуктивности:* феномен психопластичности проявляется отчетливым ростом интеллектуальной активности и продуктивности пациентов/клиентов.

В данном случае речь идет об интеллектуальных процессах в целом, а не только о процессах креативного синтеза, имеющих отношение к терапевтической динамике.

- *Особенности коммуникативной активности:* в содержательных характеристиках психотерапевтической коммуникации феномен психопластичности в том числе представлен такими достаточно специфическими проявлениями, как речевые, моторные и более сложные поведенческие синхронизмы терапевта и клиента; ускоренное текстовое (я хорошо понимаю то, что ты мне говоришь), контекстовое (я хорошо понимаю то, что ты мне хочешь сказать), опережающее (ты только собрался начать фразу, я уже знаю, что ты мне скажешь) понимание в паре клиент-психотерапевт.

Такой авторитетный специалист, как Карл Роджерс, описывал свои ощущения в ходе подобного терапевтического взаимодействия следующим образом: «... в эти моменты кажется, что мой внутренний мир вырывается наружу и соприкасается с внутренним миром другого. Наши взаимоотношения перерастают сами себя и становятся частью чего-то большого. Появляется глубинный рост, и исцеление, и энергия» (К. Роджерс, 1951).

- *По параметру более сложных и собственно пластических проявлений психической активности, имеющих особое значение в психотерапевтической коммуникации, с уверенностью можно говорить о следующих характеристиках рассматриваемого феномена:*

1) *пластика контекстов и обстоятельств:* в условиях манифестации феномена психопластичности прослеживается возможность ускоренной терапевтической трансформации негативно-эмоциональных, антиресурсных контекстов или реальных обстоятельств какой-либо настоящей, а с учетом потенциала временной пластики – прошлой и будущей проблемной ситуации, в позитивно-эмоциональный ресурсный контекст при сохранении событийного строя происходящего.

Такая возможность реализуется за счет акцентирования или усиления концентрации каких-либо значимых аспектов, удаления неприятных или травмирующих «шумовых» моментов, выхода за пределы проблемной ситуации с одновременным умалением степени ее значимости – т.е. достижения ресурсной трансценденции. Т.е. речь идет о том, что травматическую память, негативное восприятие настоящего и ожидание будущего – в режиме психопластического «наводнения» и в самые сжатые сроки – можно перевести в полярно противоположные терапевтические контексты с одновременным форсированным развитием первичного или даже устойчивого ресурсного состояния (например,

профилактирующего поисковое поведение субъекта в сторону добывания патологических адаптогенов ультрабыстрого действия или других способов патологической адаптации);

2) *пластика времени*: в условиях синергетической активности внесознательных инстанций существенно облегчается возможность ретроспективных и проспективных перемещений во времени, достижения возрастной регрессии и прогрессии, эффективной проекции планируемых результатов в будущее (здесь очень важно отметить, что такой результат достигается без использования каких-либо специальных технических приемов, индуцирующих трансное состояние пациентов/клиентов). Например, за счет механизмов темпоральной пластики могут эффективно решаться проблемы компенсации деструктивного варианта прохождения жизненных кризисов, выстраиваться конструктивные жизненные сценарии с их устойчивой проекцией в будущее, формироваться ресурсная метапозиция и пр. характеристики устойчивого ресурсного состояния;

3) *пластика Я*: манифестация феномена психопластичности, по нашим наблюдениям, способствует актуализации особой предрасположенности Я-феномена к функционированию в гиперпластическом режиме (что, с нашей точки зрения, доказывается самой возможностью образования Я-феномена как высокоинтегрированной, синтетической системы, формируемой на основе всех видов памяти и пережитого субъективного опыта по темпоральному принципу).

Таким образом, феномен психопластичности существенно облегчает возможность ресурсной самотрансценденции, терапевтической диссоциации личностного ядра субъекта, вовлеченного в психотерапевтический процесс, по отношению к своим множественным компонентам: Я-функциям (Я-памяти, Я-мышлению, Я-поведению и пр.); Я-свойствам (например, идентифицированным свойствам-качественным характеристикам психического здоровья); Я-статусам (Я-ребенку, Я-родителю, Я-партнеру, Я-профессионалу и др.). Соответственно, вероятность эффективной терапевтической трансформации тех диссоциированных компонентов психической активности субъекта, которые и являлись причиной появления адаптационных расстройств, существенно возрастает.

Функциональные характеристики феномена психопластичности

Вышеприведенные содержательные характеристики феномена психопластичности так или иначе указывают на важнейшую ресурсную функцию этого особого состояния психики пациентов/клиентов, имеющую прямое отношение к обеспечению основного психотерапевтического эффекта – возможности достижения существенных конструктивных изменений в ограниченные периоды времени.

Данная результирующая функция раскладывается на следующие важные составляющие, имеющие прямое отношение к выстраиванию стратегии психотерапевтического процесса:

- эффективное противодействие антиресурсному состоянию деморализации (Д.Франк, 1971) пациентов/клиентов, препятствующему терапевтическим изменениям;
- эффективное упреждение оппозиционных по отношению к терапевтическим изменениям реакций сопротивления, психологической защиты у пациентов/клиентов;
- протекция ускоренной реализации базисной психотерапевтической триады (диссоциация проблемных фрагментов психической активности пациентов/клиентов от личностного «ядра» – их терапевтическая трансформация в адаптирующие формы психической активности – ассоциация в обновленную ресурсную целостность психики пациентов/клиентов);
- протекция ускоренного прохождения терапевтической тетрады К. Гравэ (1997) прояснение и коррекция значений проблемной ситуации – актуализация подлинной проблемы – мобилизация ресурсов – компетенция в совладании;
- ускоренный запуск универсального алгоритма конструктивного решения проблемной ситуации (П. Вацлавик, М. Фиш (1986) в модификации А.Л. Каткова, 2011);
- обеспечение терапевтического перехода от деструктивного к конструктивному варианту прохождения кризисной фазы адаптивно-креативного цикла – стержневого концепта дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии (А.Л. Катков, 2013);
- обеспечение наиболее благоприятных условий формирования качественных характеристик психического здоровья пациентов/клиентов, представляющих универсальные мишени профессиональной психотерапии (А.Л. Катков, 2012).

Приведенный перечень детализированных функциональных характеристик феномена психопластичности выстроен с учетом их «восходящей» сложности и смещения фокуса психотерапевтического процесса от актуальных к универсальным мишеням. Что обычно и наблюдается в реальной психотерапевтической практике.

Необходимые дополнительные комментарии, проясняющие взаимосвязи различных функциональных аспектов феномена психопластичности, даются при интерпретации данного феномена с позиции современных достижений наук о психике.

Технологии форсированного развития и актуализации функционального потенциала феномена психопластичности

Проведенное нами комплексное исследование, включающее в том числе определение «веса вклада» отдельных технологических компонентов психотерапевтического процесса в промежуточные и конечные индикаторы эффективности, позволило идентифицировать и систематизировать технологический сектор обеспечения феномена психопластичности.

В результате был разработан концепт трехуровневой психотерапевтической коммуникации, обеспечивающей манифестацию необходимых эффектов еще на старте терапевтического процесса, интенсивную динамику изменений в

продолжении психотерапевтической сессии, устойчивую динамику или даже супердинамику конструктивных изменений в посттерапевтический период.

В соответствии с этим концептом, манифестация, развитие и полноценное использование функционального ресурса феномена психопластичности обеспечивается совокупностью выверенного макротехнологического, метатехнологического и структурно-технологического оформления психотерапевтического процесса, что, с нашей точки зрения, существенно дополняет практикуемые модели взаимодействия в системе «психотерапевт-клиент». При этом структура этапов психотерапевтической коммуникации и целеполагание на каждом из них, а также ключевые позиции долговременных психотерапевтических стратегий, описанные в классических психотерапевтических модальностях, определенным образом «привязываются» к этапам и фазам адаптивно-креативного цикла – одного из системообразующих концептов дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

Таким образом, обосновывается возможность существенного макротехнологического и далее – метатехнологического «обогащения» каждого этапа конкретной психотерапевтической сессии и стратегии терапевтических изменений в целом.

Так, например, на этапе установления контакта между терапевтом и клиентом традиционное понимание функциональной значимости данного этапа обозначается в его целеполагании – т.е. в самом названии данного этапа – и об использовании каких-либо психотерапевтических технологий здесь речи не ведется (технология заключения контракта на конфиденциальную профессиональную помощь реализуется чаще по завершению ознакомительного собеседования).

Между тем, в модели трехуровневого оформления психотерапевтической коммуникации, ориентированного на форсированное развитие феномена гиперпластичности у пациентов/клиентов, целеполагание и технологическое содержание данного этапа претерпевают существенные изменения. Уже на старте коммуникации обычный для клиента вектор доминирования защитно-конфронтационных стратегии адаптации должен поменяться на доминанту синергетической адаптационной стратегии; состояние деморализации разной степени выраженности – на первичное ресурсное состояние, «железобетон» психологических защит и сопротивления – на гиперпластику. И все это – в результате выверенного метатехнологического оформления стартового этапа, отправляющего ясный сигнал главному «распорядителю» адаптивных стратегий клиента о безопасности, «интересности» и особой значимости со-бытия в этом терапевтическом взаимодействии. При ясном понимании того, что все происходящее на данном этапе имеет прямое отношение к актуальному запросу клиента (здесь такой запрос всемерно уважается, не подвергается какому-либо сомнению и, конечно, не «обрастает» трудновыполнимыми для клиента условиями).

Таким образом, даже и этот первый этап терапевтической коммуникации форматируется в нашем случае с обновленным макротехнологическим целеполаганием, метатехнологическим (по ситуации – и соответствующим структурно-технологическим) наполнением.

Что касается следующего, диагностического этапа традиционно оформляемой психотерапевтической сессии, то здесь также не выставляется каких-либо задач, выходящих за пределы собственно диагностики проблемного состояния пациентов/клиентов, и использования технологий диагностического интервьюирования.

В нашем же случае, помимо продолжающегося метатехнологического «наводнения» в развитие и обеспечение устойчивости гиперпластического статуса клиента, решается важная макротехнологическая задача перевода клиента с первого на второй этап адаптивно-креативного цикла. Что, в свою очередь, предполагает успешное прохождение клиентом первых двух шагов в терапевтической тетраде Клауса Граве и эффективную стимуляцию процессов адаптивно-креативного синтеза на третьем шаге реализации терапевтической тетрады.

Последняя задача решается за счет использования соответствующих конструктивных метатехнологий (при наличии такой необходимости здесь могут использоваться и специальные структурированные техники).

Таким образом, на данном этапе феномен психопластичности выступает не только как цель терапевтических усилий, но и как важнейший ресурс для последующих терапевтических изменений, механизм «перезапуска» адаптивного цикла клиента в максимально благоприятных для этого условиях. Т. е. имеет место динамика от содержательной к функциональной составляющей феномена психопластичности.

Хорошим результатом прохождения данного этапа, с учетом всего сказанного, можно считать генерацию клиентом альтернативных вариантов адаптивного поведения. Что, по сути, и является его собственным терапевтическим проектом, имеющим все шансы на успешную реализацию.

Следующий структурный этап оформления психотерапевтической сессии – определения терапевтической стратегии – как правило, не включается в традиционное описание профессиональной коммуникации. По-видимому, потому, что школьные модели профессиональной психотерапии в технологическом смысле как раз и есть такие «предуготовленные» стратегии, и в дополнительной коррекции, по мысли авторов, они не нуждаются (наоборот, с их подачи набирает ход движение «за чистоту метода», где всякий отход от выстроенной технологической классики считается неприемлемой «ересью»).

Между тем, в контексте разработанного концепта трехуровневой психотерапевтической коммуникации именно этому этапу отводится наиболее значительная роль в обеспечении желаемых результатов терапевтической сессии. В макротехнологическом функциональном целеполагании данный этап – «точка сборки» метатехнологических и структурно-технологических коммуникативных стратегических линий, которая, собственно, и обеспечивает эффективную протекцию структурированных технологий следующего, наиболее насыщенного в этом смысле этапа. Такая «сборка» обеспечивается, в том числе, за счет реализации крайне важной конструктивисткой метатехнологии формирования стыковочного сценария, в ходе чего наиболее понятный и приемлемый для клиента структурированный «проект терапии» (в идеале инициированный самим клиентом) утверждается «главным распорядителем адаптивных стратегий» клиента в лице внесознательных инстанций его психики.

Состоявшийся факт такого «утверждения» подтверждается диагностическими метатехнологиями, адекватное использование которых на данном этапе также крайне важно.

Таким образом, еще до начала реализации структурированного технического проекта (следующий этап терапевтической сессии) именно за счет ресурсного содержательного и функционального потенциала феномена психопластичности на данном этапе решаются ключевые макротехнологические и метатехнологические задачи «большой» терапевтической стратегии. Клиент возвращается в нормативное русло адаптивно-креативного цикла, в идеале – с «лаврами» основного автора или со-автора терапевтического проекта, подкрепляющими его ресурсный статус. Задачи «четвертого шага» в тетраде Граве – приобретение необходимых компетенций в совладании с проблемной ситуацией – с этих ресурсных позиций клиентом решаются гораздо легче.

Что же касается четвертого этапа, традиционно обозначаемого как этап реализации собственно терапевтического проекта (в нашей интерпретации – его структурно-технологической части), то с точки зрения классических моделей оформления психотерапевтической сессии – это и есть наиболее результативный и технически насыщенный сектор профессиональной коммуникации. Однако с учетом всего вышесказанного, данный этап представляется таковым лишь в его «контурлируемой» структурно-технологической части. В своей макротехнологической и метатехнологической составляющей данный этап призван развивать и «легализовать» успехи предшествующего этапа. Что, конечно, означает обычное для каждого дифференцируемого этапа в модели трехуровневой коммуникации метатехнологическое насыщение. Используемые здесь метатехнологии направлены в первую очередь на всемерное подкрепление развивающей активности клиента, «расширение шага» терапевтических изменений и адекватное повышение самооценки (компонент формируемого устойчивого ресурсного состояния). Применяемые структурированные техники выполняют задачу реализации четвертого шага в терапевтической тетраде Граве, успешное решение которой оказывается возможным в том числе и за счет обеспеченной на предыдущем этапе гиперпротекции технических действий.

Отличительной особенностью специальных структурированных техник данного этапа, о которых здесь стоит сказать, является их обращенность как в сторону эффективного решения актуальных для клиента проблем, так и в направлении универсальных психотерапевтических мишеней (техники – «окна», открывающиеся в обе стороны актуального и универсального целеполагания). Что, по нашим данным, существенно облегчает переход от нормативного к сверхнормативному варианту прохождения адаптивно-креативного цикла и соответствующей динамике терапевтических изменений.

Пятый этап с традиционно скромными целями отслеживания достигнутых результатов, как и все остальные в нашей модели, имеет собственное макротехнологическое полагание – упрочение достигнутого ресурсного статуса клиента и проекция желательного результата в будущее. В данной связи основным метатехнологическим действием здесь будет неявное формирование проспективного стыковочного сценария и позитивное подкрепление (с таким же проспективным посылом) достигнутых клиентом результатов. На пике гиперпластического состояния клиента такие сценарии, помимо всего прочего, формируют глубинные мотивирующие «течения», облегчающие путешествие клиента к намеченным перспективным целям.

Таким образом, и на пятом этапе психотерапевтической сессии феномен гиперпластичности за счет адекватного макротехнологического и метатехнологического оформления выполняет важнейшую функцию трансляции достигнутых конструктивных результатов в будущее.

Наконец, традиционная задача финального, шестого этапа психотерапевтической сессии сводится к принятию совместного с клиентом решения о завершении терапии и договоренности о взаимодействии в будущем (при наличии такой необходимости).

В нашем же случае данный этап содержит специальное макротехнологическое целеполагание – формирование адекватной референтной группы с функциями ресурсной поддержки – и соответствующее метатехнологическое сопровождение, усиливающее протекцию устойчивого развития клиента в будущем.

При этом, как и на всех предшествующих дифференцированных этапах оформления психотерапевтической сессии, основным содержательным и функциональным ресурсом, обеспечивающим эффективное прохождение данного этапа, является феномен психопластичности.

Приведенная по необходимости краткая иллюстрация возможностей психотехнического обеспечения феномена психопластичности, на наш взгляд, еще и демонстрирует перспективу имплементации в практическую часть профессиональной психотерапии универсального технологического репертуара:

- не входящего в какое-либо противоречие и не умаляющего технологических достижений действующих психотерапевтических модальностей;
- доказательно повышающего эффективность практически любого структурно-технологического подхода, адекватного запросу клиента;
- в максимальной степени соответствующего актуальному клиентскому запросу на обеспечение существенных и продолжающихся конструктивных изменений в минимальные временные периоды;
- соответствующего запросу на использование максимально экологичных, ориентированных на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья и ресурсных кондиций клиента, технологий оказания профессиональной помощи;
- обеспечивающего в итоге конкурентное преимущество профессионального психотерапевтического сектора на рынке психотехнических услуг (основной объем которых, производимый в настоящее время парапрофессионалами, весьма далек от вышеприведенных характеристик).

Таким образом, проработанная технологическая составляющая феномена психопластичности, однозначно повышая эффективность психотерапевтического процесса, в то же время усиливает абсолютно необходимые на сегодняшний день, центростремительные (интегративные) тенденции в развитии профессии.

Психотехнический анализ феномена психопластичности и его компонентов

На основании идентификации содержательных, функциональных и генеративных характеристик феномена психопластичности, в соответствии с принципами доказательной исследовательской практики, нами был сформирован перечень адекватных «весовых» признаков исследуемого феномена – универсальных единиц психотехнического анализа. Данный перечень в итоге включал блок технологических единиц анализа, имеющих непосредственное отношение к генерации феномена психопластичности и определяемых как стартовые критерии эффективности психотерапевтического процесса, а также блок эмерджентных, функционально-содержательных единиц анализа, имеющих непосредственное отношение к скорости генерации и усвоения пациентами/клиентами терапевтической информации и последующей динамики конструктивных изменений. Последние характеристики определились нами как промежуточные критерии эффективности психотерапевтического процесса.

Итоговые универсальные единицы психотехнического анализа оценивались по показателям адекватности и полноты, которые выводились на основании подробных и дифференцированных характеристик учитываемых в данном случае признаков.

Блок универсальных технологических единиц психотехнического анализа.

Конструктивистские метатехнологии, имеющие непосредственное отношение к формированию гиперпластического статуса пациентов/клиентов:

- *Я-техника;* (наличие особых ресурсных характеристик специалиста, формируемых на основе проработанного личностного статуса «Я-профессионал» и активизирующихся на старте терапевтической коммуникации);

- *постоянное – вербальное и невербальное – подкрепление безопасности клиента;*

- *постоянное – вербальное и невербальное – подкрепление креативной активности клиента;*

- *формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых конструктивных изменений;*

- *формирование и подкрепление проспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений.*

Диагностические метатехнологии:

- *постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внесознательных инстанций клиента;*

- *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов в отношении выдвигаемых диагностических версий;*

- *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов в отношении обсуждаемых вариантов и проектов терапии;*

- *отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов в отношении обсуждаемых вариантов посттерапевтической динамики.*

Блок универсальных эмерджентных (функционально-содержательных) единиц психотехнического анализа:

- *эмерджентный критерий идентификации клиента с ресурсным статусом специалиста и ассимиляции характеристик открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции;*

- *эмерджентный критерий перевод охранно-конфронтационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую;*

- *эмерджентный критерий манифестации глубинного – метатехнологического – уровня психотерапевтической коммуникации и форсированного развития феномена тотальной гиперпластики;*

- *эмерджентный критерий гиперпротекции структурированных технических действий.*

Следует иметь в виду, что процедура проведения комплексного психотехнического анализа и последующей экспертной оценки эффективности реализуемой психотерапевтической практики предусматривала возможность количественной оценки универсальных единиц, определяемых по каждому коммуникативному (а не только по метатехнологическому) уровню терапевтического взаимодействия, а также возможность количественной оценки конечных индикаторов эффективности, определяемых по так называемым объективным параметрам терапевтической динамики.

Итоговые выводы формулировались на основании процедуры корректного статико-математического анализа, в ходе чего определялись весовые соотношения основных психотехнических фрагментов в плане обеспечения итогового результата и данные об эффективности используемого психотерапевтического метода в целом.

Аргументированное заключение комплексного психотехнического анализа содержало ответ на вопрос того, за счет каких именно технологических компонентов анализируемого психотехнического процесса был достигнут зафиксированный результат, и какие именно технологические дефициты послужили препятствием к достижению максимально возможного результата.

Таким образом, по результатам нашего исследования, в максимально корректной форме была определена статистически значимая и более чем существенная роль феномена психопластичности, его отдельных компонентов в обеспечении промежуточных и конечных результатов психотерапевтического процесса, в исследуемых группах (см. раздел «Общая методология исследования»). Что, собственно, и послужило основанием для пересмотра некоторых базисных положений общей теории психотерапии.

Теоретическая интерпретация полученных результатов

В завершающей теоретической части настоящего исследования решалась задача сущностной дифференциации феномена психопластичности от известных и активно используемых в различных психотехнических построениях характеристик психической активности пациентов/клиентов, отслеживаемых в ходе психотерапевтического процесса. И далее – задача полноценной интеграции всех идентифицированных и систематизированных компонентов феномена психопластичности в дисциплинарную матрицу – универсальную структуру общей теории и практики профессиональной психотерапии.

Первая задача дифференциации феномена психопластичности от фрагментарного описания отдельных компонентов терапевтической динамики пациентов/клиентов осуществлялась за счет выверенной процедуры эпистемологического анализа. Данный метод ясно демонстрирует, что «целое» (в нашем случае – это исчерпывающее, систематизированное и в своих основных компонентах верифицированное описание феномена психопластичности) здесь не равно какой-либо отдельной характеристике, относимой к состоянию клиента, статусу терапевта, процессу взаимодействия между клиентом и терапевтом, какому-либо идентифицированному «общему фактору» психотерапии или даже сумме всех этих характеристик и факторов. И что феномен психопластичности по своим системным характеристикам существенно отличается от традиционно выделяемых в психологической науке обособленных «психических состояний» и в том числе от дискретных состояний сознания – гипнотического (так называемый новый гипноз), трансового – традиционно и весьма интенсивно «эксплуатируемых» в теоретическом и технологическом базисе многочисленных модальностей профессиональной психотерапии.

Так, например, впечатляющее описание техники построения развивающего и обучающего диалога, основанной на противопоставлении и доминировании инстинкта новизны над инстинктом самосохранения (что в итоге и привело к исцелению высокопоставленного клиента от тяжелого посттравматического расстройства с реактивным бредовым образованием) мы можем встретить в известном эпическом произведении «Тысяча и одна ночь».

Другое, столь же примечательное историческое описание диалогов, приводящих собеседника к «открытию альтернатив» и выстраиваемых, в том числе, и с осмысленным использованием приемов сценографии, приводилось в философском наследии Протагора, Сократа, Платона (цит. по Дж. Нардонэ, А. Сальвини, 2011). Однако ни эти исторические экскурсы, ни многочисленные современные экспозиции отдельных особенностей помогающих и развивающих коммуникаций, конечно, не могут претендовать на статус полноценного описания феномена психопластичности прежде всего в силу их фрагментарности и, следовательно, недостаточно глубокого проникновения в суть особой феноменологии психической активности субъектов, вовлекаемых в терапевтическую коммуникацию (П. Кейнсмит, 1995; Ф. Фарелли, Д. Брандса, 1996; Д. Джоунс, 2001; А. Лазарус, 2001; Б. Кейд, В.Х. О. Хэнлон, 2001; Р. Фитцджеральд, 2001; С. Гарфилд, 2002; В.А. Доморацкий, 2008; Р.П. Ефимкина 2012; В. Сатир, 2015).

Что же касается соотношения феномена психопластичности и таких характеристик психотерапевтической коммуникации, которые традиционно идентифицируются как «общие факторы психотерапии», то в связи с важностью и неоднозначностью данного вопроса мы рассматриваем его отдельно.

В своих эпохальных трудах «Кибернетика, или Управление и коммуникация у человека и животных» (1948); «Человеческое использование человеческих существ» (1950) основатель кибернетики Норберт Виннер обращал внимание на качественные особенности статуса «человека обучающегося». В последнем произведении он, в частности, останавливался на следующих особенностях данного важнейшего статуса: «... интересно узнать, что тот род явлений, который субъективно изображается как эмоция, может ... управлять некоторыми существенными стадиями научения». И далее, в этом же тексте Виннер обращается непосредственно к специалистам-психологам с призывом внимательно отнестись к этому тезису и тем фактам – Виннер придавал этим обстоятельствам особое значение – что вот такое «эмоциональное» научение, по всей видимости, связано с секрецией определенных нейрогормонов, и что период взросления (т. е. интенсивного обучения) у человека, в сравнении с другими млекопитающими, чрезвычайно растянут.

Тем не менее, даже и вот этого семидесятилетнего периода, прошедшего со времени опубликования фундаментальных работ Н. Виннера, по-видимому, оказалось недостаточно для полноценного обоснования и объяснения феномена качественного «скачка» в генерации и усвоении существенных объемов значимой, адаптирующей информации, нередко и с последующими качественными изменениями в прохождении всего адаптивного цикла.

Именно такое впечатление складывается при знакомстве с наиболее полновесными – в смысле цитируемых источников (в общей сложности более 2000) – монографиями и руководствами по исследованию когнитивных процессов, где основное внимание уделяется «нормативному» развитию и собственно описательной феноменологии фундаментальных когнитивных способностей человека (Д.Р. Андерсон, 2002; Р. Солсо, 2002; Б. Хегеман, М. Олсон, 2004; С.Э. Поляков, 2011; Когнитивная психология: история и современность. Хрестоматия, 2011; В. Ю. Ивлев, М.Л. Ивлева, В.А. Иноземцев, 2013).

То же самое можно сказать о традиционных номинациях и описаниях феноменологии дифференцируемых психических состояний (например, *эмоциональных* – эйфория, радость, удовлетворение, печаль, тревога, страх, паника; *активационных* – возбуждение, вдохновение, подъем, сосредоточенность, скука, апатия; *тензионных* – напряжение, концентрация, мобилизация, эмоциональное разрешение, фрустрация, сенсорный голод, стрессовые состояния, и пр.). Данные состояния интерпретируются, главным образом, как реакция психики человека на соответствующие жизненные обстоятельства, облегчающая или, наоборот, препятствующая генерации адаптивных психических процессов, как некая переходная фаза между психическими свойствами и процессами (Н.Д. Левитов, 1964; А.Б. Леонова, В.И. Медведев, 1981; А.И. Юрьев, В.А. Ганзен, 1987; Л.Г. Дикая, В.И. Щедров, 1999; Психические состояния. Хрестоматия, под ред. Л.В. Куликова, 2000; А.Б. Леонова, М.С. Капица, 2004; Практикум по психологии состояний: Учебное пособие под ред. А.О. Прохорова, 2004;

Е.П. Ильин, 2005; В.А. Машин, 2007–2011; Ю.В. Щербатых, А.Н. Мосина, 2008; А.Б. Леонова, 2009; С.А. Дружилов, А.М. Олещенко, 2014).

Из чего можно сделать вывод, что разработка собственно феноменологии и динамики пластичных функций психики и всего организма в контексте определенных психических состояний, применительно к психотерапевтическому процессу, является, скорее, предметом функциональной психологии, разрабатываемой лидерами психотерапевтических модальностей и авторами отдельных терапевтических методов.

Так, например, безусловный интеллектуальный лидер профессиональной психотерапии двадцатого столетия Джером Франк (1986) прямо говорил о том, что «... когнитивное научение, чтобы быть эффективным, должно дополняться определенным эмоциональным возбуждением». Лидеры краткосрочной психотерапии Джорджи Хардонэ и Пол Вацлавик (2003) говорили о том, что «... сильная эмоция, вызванная отношением или общением с другим человеком... способствует смещению точки зрения пациента на реальность».

О значимости особых состояний, связанных с переживанием «внутреннего потока, общего для клиента и терапевта», говорил и автор клиент-центрированного направления в психотерапии К. Роджерс (1951), интерпретируя появление таких переживаний, как свидетельство эффективности терапевтического процесса.

О важности состояний, связанных с «особым пониманием», «проникновением в глубинные смыслы переживаний и высказываний клиента и терапевта» высказывались Джеймс Бьюдженталь, лидер современного экзистенциально-гуманистического направления в психотерапии (1987), а также представители феноменолого-герменевтического подхода в психотерапии (Х. Тойфельхарт, 1999).

Для нас практически значимым здесь является то, что ни один из вышеперечисленных и безусловно компетентных лидеров профессиональной психотерапии не стал определять вот эти психические состояния особой информационной восприимчивости пациентов/клиентов как состояния измененного сознания. По-видимому, в первую очередь потому, что по своим основным характеристикам эти состояния или не соответствуют, или прямо противоположны кодифицированным признакам вовлечения пациентов/клиентов в гипнотическое или трансное состояние.

Такие согласованные в основных психотерапевтических концепциях и направлениях признаки приводятся как в классических монографиях и руководствах по гипнозу и гипнотерапии (А.П. Слободянин, 1977; А. Шерток, 1982-1992; В.М. Бехтерев, 1994; С. Хеллер, Т. Л. Стилл, 1994; М. Кинг, У. Коэн, Ч. Цитербаум, 1998; Т. М. Ахмедов, М.Е. Жидко, 2000; Г. Карл, Ч. Бойз, 2002; Т. И. Ахмедов, 2005; Р. Д. Тукаев, 2006; А.А. Федотов, Э.В. Каган, 2010; Г. Шмидт, 20011), далее – в руководствах по эриксоновскому гипнозу (Мильтон, Г. Эриксон, 1994, 1995, 2000; Мильтон, Г. Эриксон, Э.Л. России, 1995; М.Н. Гордеев, 2008; М. Гинзбург, Е. Яковлева, 2017), а также в руководствах и монографиях по модифицированным техникам гипнотерапии (Д. Гриндер, Р. Бэндлер, 1994; Ж. Беккио, Ш. Жюслен, 1998; М. Кинг, Ч. Цитренбаум, 1998).

С учетом данных, полученных при проведении настоящего исследования, критериев, приведенных в перечисленных руководствах, главным существенным отличием феномена психопластичности от проявлений гипноидных и трансовых состояний является степень активности осознаваемых инстанций психики клиента, и далее – степень инициативной и целенаправленной, адаптивной активности клиента, прослеживаемой в ходе терапевтической коммуникации, начиная с первого этапа.

Как мы уже говорили, сама по себе манифестация феномена психопластичности проявляется, в том числе, в своеобразной «ре-анимации», оживлении и других акцентированных признаках (см. предыдущий раздел), свидетельствующих о выходе клиента из антиресурсного состояния «деморализующего гипноза» проблемных обстоятельств его жизни, в ходе чего осознаваемая личность клиента отнюдь не «уводится» на периферию сознания, а наоборот, является активном со-трудником, со-участником процесса терапевтических изменений.

В сочетании с проявлениями тотальной гиперпластики (единственное, что сближает сравниваемые состояния) такая комбинация является наиболее выигрышной и для эффективного решения актуальных для клиента проблем, и в плане продвижения к универсальным целям психотерапевтического процесса.

Здесь мы особо хотели бы подчеркнуть важность вот этого последнего тезиса, поскольку в традиционных и усвоенных профессиональным сообществом психотерапевтических дискурсах, не говоря уже о наиболее распространенной психотерапевтической практике, проблема адекватной синергии в работе с актуальными и универсальными мишенями профессиональной психотерапии, на наш взгляд, не находит удовлетворительного решения.

Проведенный нами комплексный – функциональный, эпистемологический, психотехнический, статико-математический – анализ общих факторов психотерапии показал, что сама по себе идея поиска и систематизации таких универсальных факторов и есть попытка прояснения механизмов повышенной восприимчивости пациентов/клиентов к усвоению терапевтической информации, обеспечиваемой в ходе психотерапевтического процесса. Таких механизмов, которые не сводятся к структурированным психотерапевтическим техникам (функция структурированных техник, в первом приближении, заключается в «донесении» до клиента адаптивной информации) и «присутствуют» в общих контекстах оформления психотерапевтической коммуникации, более или менее присущих общепризнанным направлениям и моделям профессиональной психотерапии.

В отсутствии внятных психологических концептов, проясняющих возможности «качественных скачков» в генерации и усвоении терапевтической информации и ускоренной ассимиляции таких информационных блоков в модель прохождения пациентами/клиентами адаптивно-креативного цикла, идея общих факторов психотерапии, во-первых, была призвана перекрывать этот неприемлемый концептуальный дефицит. А во-вторых, генерировать более или менее внятные представления о профессиональном метатехнологическом оформлении психотерапевтического процесса и, соответственно, об универсальных метатехнологических блоках подготовки специалистов-психотерапевтов.

Таким образом, настоящий исследовательский проект во многом и есть осмысленная попытка продолжения данной абсолютно необходимой стратегической линии развития профессиональной психотерапии, направленная, в том числе, и на преодоление очевидной методологической путаницы в решении вышеназванных задач.

Комплексный анализ проводился нами в отношении массива в 141 общих факторов психотерапии, идентифицированных по доступным источникам (всего по данному разделу нами было проанализировано 680 источников) и «очищенных» от дублирующих аналогов.

Далее нами были проанализированы все известные классификации общетерапевтических факторов, информация о которых содержалась в этих же источниках (всего рассматривалось 10 таких классификаций).

Проведенный комплексный анализ показал, во-первых, возможность сведения различных классификаций рассматриваемых общих факторов психотерапии в однородные функциональные группы (12) и блоки (5).

Однако и эти эмерджентные, систематизированные по вполне понятным функциональным признакам (см. содержание предыдущего подраздела) совокупности в конечном итоге находили свое выражение в особом феномене гиперпластического статуса клиента. Т.е. такого качественно обособленного состояния пациентов/клиентов, которое и обеспечивает главный и наиболее востребованный психотерапевтический эффект – возможность достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды.

Отличительной особенностью данного состояния, как понятно из всего сказанного, является возможность сверхбыстрого усвоения пациентами/клиентами новых, адаптивных форм психической активности, при условии, что психотерапевтический процесс опирается на полноценную систему действительно значимых факторов, распределяемых по идентифицированным уровням профессиональной коммуникации, в ходе чего обеспечивается необходимая синергия их взаимодействия.

Таким образом, проясняется глубокая взаимозависимость феномена психопластичности и общетерапевтических факторов – с одной стороны, а с другой – несводимость этой взаимосвязи к простому суммированию рассматриваемых факторов (более подробная информация о настоящем исследовательском фрагменте изложена в публикации А.Л. Каткова, 2013).

Режимы функционирования психики человека и гипотетическое обоснование феномена психопластичности

Интерпретация полученных нами результатов по комплексному исследованию феномена психопластичности позволила сформулировать следующее гипотетическое объяснение содержательного и функционального оформления рассматриваемого феномена.

Феномен психопластичности в контексте традиционной триады дифференцируемых проявлений психической активности человека – свойств-процессов-состояний – нельзя полностью или даже в основном отнести ни к одному из видов такой активности и тем самым упростить ситуацию, поскольку в самой «сердцевине» данного феномена, как мы надеялись показать, содержатся и характеристики очень важных, самых «человеческих» в человеке свойств; характеристики совершенно особенного качественного состояния, вся функциональная значимость которого, выходящая далеко за пределы собственно психотерапевтических задач, еще только начинает раскрываться, и конечно же, характеристики важнейших коммуникативных процессов, которые и составляют концептуальное технологическое «ядро» современной профессиональной психотерапии.

Итак, что касается свойств, лежащих в основе феномена психопластичности, то мы считаем возможным говорить о следующих из них:

1) об «инстинкте новизны» – глубоко, на уровне генетических и биологических механизмов регуляции деятельности человека, укорененной программе активизации поисковой активности психики;

2) о механизме оперативного включения такой же глубоко укорененной программы форсированного научения по типу импринтинга, которая в «случае человека» не ограничивается коррекцией каких-то врожденных поведенческих актов и не привязывается к определенному сенситивному периоду раннего возраста, но касается любой новой информации, актуальной с точки зрения базисных адаптивных стратегий психического. Такая биологическая программа сопровождает человека большую часть его жизни (здесь уместно вспомнить прозорливое замечание Норберта Виннера и о растянутом периоде взросления человека, и о том, что человек, во все своих проявлениях – психических, физиологических и даже анатомических – как никакое другое живое существо приспособлен к усвоению и переработке существенных, практически безразмерных объемов информации, а также и о том, что человек в этом наиболее «человеческом», функциональном смысле, напоминает «стрелу, устремленную в будущее»).

Здесь же уместно будет сказать и о весьма интересных данных по «эпидемиям» сверхбыстрого научения млекопитающих и птиц новейшим адаптивным навыкам, связанным, в частности, с приспособлением к современным цивилизационным реалиям. Эти данные убедительно свидетельствуют о сохранности ресурсов сверхбыстрого усвоения актуальной информации в продолжении всего периода активного функционирования сложных организмов, не говоря уже о Homo sapiens;

3) о наличии у человека постоянно действующих механизмов такого «глубокого запечатлевания» значимой информации, еще и с продолжающимся влиянием усвоенных информационных блоков на протяжении неопределенного периода времени, свидетельствуют исследованные клинические и психопатологические проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с пониманием того, что в данном случае речь идет о пережитом деструктивном, дезадаптирующем опыте.

Между тем, углубленный анализ такого деструктивного опыта, именно в аспекте рассматриваемой проблематики, дает понимание механизмов блокировки естественных адаптационных механизмов по усвоению альтернативной развивающей информации у пациентов/клиентов. Что, по-видимому, и имел в виду Джером Франк, когда говорил о том, что вся эффективная психотерапия может быть сведена к успешному противостоянию альянса терапевта и клиента вот такому деморализующему влиянию пережитого негативного опыта;

4) здесь же уместно сказать и о таком долговременном влиянии «глубокого запечатлевания» актуальной информации, но уже с отчетливым позитивным вектором влияния, в отношении приобщения к феномену веры, который по некоторым психотехническим характеристикам соприкасается с рассматриваемым феноменом психопластичности (другие аспекты этого, во всех отношениях интересного вопроса мы пока что оставляем за скобками настоящего сообщения).

Как бы то ни было, все сказанное, на наш взгляд, убедительно свидетельствует о том, что потенциал психики человека «пышно зеленеет», а при ближайшем рассмотрении и перерастает любые «сухие рамки» наших, явно неадекватных сложности и многогранности исследуемого «предмета» методологических подходов к изучению феноменов психического.

И далее, в дополнение к подразделам с анализом особых качественных проявлений феномена психопластичности, характеризующего данный феномен как «состояние», можно опираться на следующие позиции:

5) большинство исследователей, который занимались проблемой исследования состояний сознания, фокусировались либо на истории формирования представлений – мистических, философских, научных – о феномене сознания (например, В.Э. Пашковский, М.И. Зислин, 2005; Д.Л. Родзинский, 2006; В.И. Молчанов, 2007; Иванов Д.В. 2013; Д.И. Дубровский, 2015); на описании собственно психологического, функционального содержания сознания (У. Джеймс, 2011; Г. Хант, 2004; Р. Орстейн, 2011; А. Ревонсуо, 2013 и другие). Или же на природу и функции феномена «бессознательного» – базисной инстанции психики, наиболее «приближенной» к биологическим программам жизнеобеспечения и находящейся, по мысли авторов-исследователей, в особых отношениях со сферой сознания; собственно, прояснение природы и интенции этих отношений, в русле данной концепции, во многом проясняет феноменологию и функциональную направленность осознаваемых психических процессов или компонентов сознания (З. Фрейд, 1989; К.Г. Юнг, 2009, 2010 и многие другие).

В тематических публикациях последних десятилетий можно встретить и более сложные модели функционирования феномена сознания (например, Е.П. Гора, 2005; О. В. Гордеев, 2008–2012; Ч. Тарт, 2012; К. Мартиндейл, 2012; Дж. Гоуэн, 2012; А. Дейкман, 2012), в которых активность психических процессов описывается набором неких дискретных состояний сознания, обеспечивающих в итоге требуемую интенцию и эффективность этих процессов.

И тем не менее, даже и в этих публикациях основной акцент делается на описание дискретных состояний измененного сознания – ДИСС в классификации Ч. Тарта – которые интерпретируются все же как регрессионные, и в силу этого обеспечивающие определенную пластику так называемых познавательных единиц сознания (К. Мартиндейл, 2012);

6) опираясь на результаты проведенного исследования, в том числе и на вышеприведенные теоретические обобщения, со всей определенностью можно констатировать, что в случае феномена психопластичности мы имеем дело с базисным, а не дискретным измененным состоянием сознания – БСС в классификации Ч. Тарта – которое, как бы претенциозно это не звучало, является нормативным для человека; но только для такого человека, который «как стрела, устремлен в будущее» (Н. Виннер, 1950). И который, таким образом, избавляется и от окошмаривающего гипноза прошлого, и от воздействия таких же кошмарных псевдофутурологических пророчеств, предвещающих информационное и даже физическое «небытие» той части населения, которая будто бы лишена креативного потенциала;

7) мы полагаем, что даже и на современном уровне наших знаний о психике дискретные модели функционирования психического должны поменяться на сложные многомерные модели, с позиции которых феномен психопластики объясняется особыми режимами функционирования суперсистемы: психика – (сознание-время) – (информация-реальность) – память – личность – активирующие режимы – тотальная гиперпластика.

То есть необходимо принять концептуальную позицию того, что базисная функция психического, прежде всего, генеративная – в смысле генерации тесно взаимосвязанных феноменов сознания-времени-информации-реальности, трансформирующихся в эпифеномены психического. И далее – что основная функция психики, как наиболее сложной из известных систем, *самоорганизующая*, а значит способная управлять процессом генерации вот этих взаимосвязанных феноменов, формирующих как внешнюю, так и внутреннюю информационную среду. И что этот процесс эффективной и глубокой самоорганизации ни в коем случае нельзя считать проявлением какой-то регрессии психических функций, как это представляется с «колокольни» упрощенного элементаристского подхода;

8) что же касается объективизации всех этих гипотетических построений, то, видимо, пришло время исследовать феноменологию психического с помощью сверхсложных, многомерных математических моделей, решительно отказываясь от использования упрощенных и только лишь уведящих от понимания этой сложнейшей реальности подходов, и, таким образом, уходить из «каменного века» развития наук о психике.

Вместе с тем, из всего сказанного понятно, что феномен психопластичности – это прежде всего характеристика глубинных процессов взаимодействия клиента и терапевта, осуществляемого в режиме со-трудничества, со-творчества, а также процессов особого взаимодействия базисных инстанций психики клиента, имеющих непосредственное отношение к обеспечению эффективной самоорганизации.

В нашем случае, по необходимости краткое теоретическое обобщение этой процессуальной составляющей феномена психопластичности выглядит следующим образом:

9) известный тезис в отношении того, что большая часть информационных процессов протекает на внесознательном уровне и что «характернейшей особенностью неосознаваемых сфер психической деятельности являются

возможности достижения того, что не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербальный и поэтому осознаваемый опыт» (Л.С. Выготский, 1935) раскрывается и конкретизируется нами в следующих аспектах:

- скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации находятся в прямой зависимости от адаптационных режимов, в которых действуют внесознательные инстанции;

- данные режимы представлены: 1) общими функциями – непрерывным тестированием среды на предмет определения базисной адаптационной стратегии (такое тестирование обычно происходит с использованием понятных дуальных критериев – опасно-безопасно, интересно-неинтересно и пр.); выбором оптимальной, по отношению к существующим условиям, адаптационной стратегии; генерацией соответствующих параметров психической активности субъекта, имеющих отношение к режимам «жесткости-пластики»; оперативной мобилизацией индивидуальных ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – на эффективное достижение стратегических адаптационных целей; 2) базисными адаптационными стратегиями: репродуктивной адаптационной стратегией, направленной на продолжение рода и генерацию соответствующей физиологической и поведенческой активности; защитно-конфронтационной адаптационной стратегией, направленной на сохранение рода, ресурсы организма в этом случае мобилизуются на сопротивление, агрессию или бегство, обеспечивающих сохранение статус-кво (Я остаюсь тем, кем Я был); синергетической адаптационной стратегией, направленной на развитие индивида, достижение эффективных изменений (Я становлюсь тем, кем Я хочу быть), с мобилизацией ресурсов на достижение состояний гиперпластики;

- последняя адаптационная стратегия и гиперпластический режим активности внесознательных инстанций представляются наиболее интересными и перспективными с позиции достижения востребованного терапевтического эффекта – достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды;

10) идентифицированные содержательные характеристики синергетической стратегии внесознательных инстанций, наиболее востребованные в модели трехуровневой психотерапевтической коммуникации, как уже было сказано, включают: пластику обстоятельств и контекстов, темпоральную пластичность, пластику Я, множественную гиперпластику; при этом гиперпластический статус клиента манифестирует спонтанно, вслед за переходом от защитно-конфронтационной базисной стратегии внесознательных инстанций к синергетической; т.е. для формирования феномена психопластичности обычно не требуется реализации каких-либо структурированных технических приемов, что является весьма важным обстоятельством в смысле обеспечения экологических форматов проводимой психотерапии и последующей работы с универсальными психотерапевтическими мишенями;

11) таким образом, в основе множественной гиперпластики – главного условия, обеспечивающего скорость и качество усвоения субъектом актуальной информации – лежит специальным образом организованная адаптационная активность базисных (сознательных, внесознательных) инстанций клиента, в ходе чего – именно за счет включения в неявный диалог этих базисных инстанций «третьей стороны» подготовленного специалиста-психотерапевта – и происходит переключение защитно-конфронтационных адаптивных режимов жизнедеятельности клиента на синергетические;

12) обязательным условием такого «чудесного», а в нашем случае – вполне управляемого превращения стартовых и обычных для клиента «железобетонных» кондиций в пластические является макротехнологическая и метатехнологическая оснащенность специалиста-психотерапевта, которая при необходимости должна быть представлена на соответствующих уровнях дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии.

Феномен психопластичности в контексте общей теории психотерапии

В нашей концепции общей теории психотерапии ее главные компоненты распределяются по дисциплинарной матрице, понимаемой как системная, иерархическая структура предметной сферы профессиональной психотерапии.

В частности, нами было обосновано выделение следующих иерархических уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии:

- уровень фундаментальных допущений, уровень базисных научных дисциплин, теорий, концепций; уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций;

- уровень актуального профессионального поля; нормативно-организационный уровень.

Феномен психопластичности, по результатам проведенного исследования и в связи с выявленными содержательными, функциональными и обобщающими теоретическими характеристиками, оказался в наиболее существенной степени представленным на трех из пяти дифференцируемых уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии. Что, конечно же, является еще одним свидетельством экстраординарного центростремительного потенциала рассматриваемого концепта, актуального для интегративного движения в психотерапевтической науке и практике.

В частности, феномен психопластичности представлен следующими моделями и концептами 2-5 уровней дисциплинарной матрицы психотерапии: *универсальной моделью адаптивно-креативного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии* □ *собственно концептом психопластичности, демонстрирующим специфическую активность дифференцированных инстанций психики в обеспечении возможности сверхбыстрых терапевтических изменений* □ *моделью трёхуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающей как универсальный, так и уникальный потенциал профессиональной психотерапии* □ *системой макро- и метамишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующих механизмы трёхуровневой психотерапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов* □ *системой параметров и индикаторов, оценивающих полноту и качество используемых макро- и метатехнологий, структурированных техник профессиональной психотерапии, а также скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.*

Здесь же следует сказать и о том, что в ходе реализации комплексного исследовательского проекта нами было показано, что основная сложность в поисках адекватной интеграционной модели профессиональной психотерапии были связаны с очевидным дефицитом представлений о сущностных механизмах обеспечения основного психотерапевтического – психопластического – эффекта с одной стороны, и отсутствием концептуального видения того, что на самом деле представляет из себя этот универсальный компонент психотерапевтической коммуникации – с другой.

С адекватной разработкой системной концепции феномена психопластичности данные методологические сложности были преодолены.

В частности, исследование системных характеристик феномена психопластичности, разработка модели трехуровневой психотерапевтической коммуникации с выведением макротехнологического и метатехнологического универсального уровней; разработка комплексной методологии определения «весового» вклада каждого из идентифицированных уровней; результаты экспериментальной апробации данных концептов и инструментов с использованием подходов доказательной практики – позволяют констатировать соответствие данной концептуальной модели следующим общепризнанным критериям состоятельности общей теории психотерапии:

- критерию Розенцвейга (1936), который заключается в том, что в результате интеграции все направления и методы профессиональной психотерапии «должны выиграть и получить призы»;
- критерию Ламберта-Бегина (1992), суть которого заключается в том, что интеграция должна обеспечивать возможность объединения силы общих факторов с прагматизмом специфических;
- критерию Д. Прохазки и Дж. Норкрасса (2001), который заключается в соответствии интеграционной модели следующим положениям: 1) ценностный и порой уникальный вклад основных систем психотерапии должен быть защищён; 2) фундаментальные переменные процесса и компонентов терапии должны быть чётко идентифицированы; 3) должна быть обеспечена возможность измерения и валидации фундаментальных переменных; 4) рассматриваемая интегративная модель должна объяснять, как люди изменяются без терапии и при терапии, поскольку большинство людей, даже и с клиническим уровнем расстройств, не обращаются за профессиональной помощью; 5) модель должна доказать свою состоятельность при генерализации её с охватом широкого круга человеческих проблем, включая проблемы физического, психического и психологического здоровья; 6) интеграционная модель должна побуждать психотерапевтов становиться новаторами.

Таким образом, разработанная общая теория психотерапии, включая системные представления о феномене психопластичности и всех взаимосвязанных с ним концептах, не только превосходно демонстрируют возможность повышения эффективности буквально каждого психотерапевтического метода без «покушения» на его идентичность – что само по себе большое достижение – но также и «справляются» с наиболее сложными задачами, представленными в критериях Прохазки-Норкрасса.

И здесь же уместно напомнить, что неопределенность и очевидная методологическая несостоятельность в сфере решения вот этих, последних задач долгое время и являлось основным препятствием к признанию психотерапии в качестве самостоятельного и состоятельного научно-практического направления.

И теперь все это в прошлом.

Заключение

Комплексное исследование системных характеристик феномена психопластичности убедительно продемонстрировало возможность и очевидную целесообразность сущностной дифференциации характеристик рассматриваемого феномена от традиционно описываемого, содержательного и функционального оформления психотерапевтического процесса.

И далее – возможность такой же необходимой системной интеграции феномена психопластичности в разработанный концептуальный контент общей теории психотерапии.

В результате были прояснены ключевые механизмы, обеспечивающие основной и наиболее востребуемый психотерапевтический эффект (достижение существенных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений, отслеженных в корректных, статистически значимых показателях – индикаторах промежуточной и конечной эффективности в исследуемых группах), продемонстрированы возможности подлинно научного исследования эффективности психотерапевтического процесса.

Была прояснена и перспектива продолжения исследований в данном направлении. Так, например, при должном понимании роли психического в обеспечении взаимодействия систем и подсистем сложных организмов, есть все основания утверждать, что феномен психопластичности предшествует и обеспечивает генерацию такой же искомой пластики и на других, ниже лежащих уровнях организма (т. е. процессов нейропластики, иммунопластики, пластики обновления клеточной структуры поврежденных или деформированных органов), с понятными перспективами формирования сверхэффективного и максимально экологичного подхода к лечению тяжелых и длительно текущих заболеваний, а также и с перспективой разработки действительно эффективных программ активного долголетия.

Еще одна открывающаяся перспектива касается уже фундаментальных подходов к исследованию психики человека – таких, которые бы не исключали, а наоборот, всемерно «эксплуатировали» информационный и очевидно приоритетный уровень организации психики. Такая перспектива связана с реализацией принципиально новой методологии эпистемологического анализа в научных исследованиях психики человека, разработка которой в настоящее время практически завершена и вскоре будет опубликована.

Следующий аспект, который заслуживает внимания в свете реализованного комплексного исследования – необходимость преодоления существующего разрыва в предметной и методологической «классике» психологических исследований и актуального запроса психотерапевтической, консультативной, да и в целом помогающей и развивающей практики. Тем более что вот эта «классика» как раз и транслируется в наиболее объемные блоки подготовки специалистов-

психотерапевтов и консультантов, в результате чего и возникают коллизии, дискредитирующие психотерапевтическую и консультативную практику в глазах потенциальных и реальных клиентов.

Разумеется, такой, ко многому обязывающий тезис, нуждается в иллюстрации. И к большому сожалению, за впечатляющими примерами здесь дело не станет. Так, например, на всемирно известных и наиболее престижных конференциях «Эволюция психотерапии», проводившихся в 2013 и 2017 гг., директор Международного центра качества медицинской помощи Скотт Миллер в своих программных выступлениях – со ссылками на многочисленные корректные исследования – обнародовала следующие «Плохие новости» в эволюции психотерапии за последние 30 лет:

1) существует очень маленькая, или вообще не существует разницы между результатами работы профессионалов, студентов и получивших минимальную подготовку парапрофессионалов; 2) на вторую назначенную сессию к профессиональным психотерапевтам приходит менее 50% клиентов; 3) у оставшихся на терапии клиентов после первых 50 часов практики никакого объективного улучшения результата не наблюдается;

4) объем использования услуг психотерапевтов резко сократился – на 35% за последние 10 лет; одновременно объем используемых медикаментозных средств увеличился на 75%; то же самое можно сказать и в отношении предпочтения услуг, оказываемых парапрофессионалами – увеличение на 60%; клиенты выбирают более легкие и более быстрые варианты улучшить свою жизнь; 5) никакого прогресса в результатах психотерапевтического лечения за этот период не наблюдалось – ноль, зеро за 30 лет (!); 6) учитывая все эти факты, можем ли мы заключить, что прогрессируем? ... это не прогресс, а вымирание.

В свете сказанного все призывы к регулированию качества оказания психотерапевтической и психологической помощи только лишь за счет ограничения допуска к оказанию такой помощи для лиц, не имеющих профильного высшего образования, представляются необоснованными.

И наоборот, обоснованными представляются рекомендации по серьезной ревизии программ подготовки профессиональных психотерапевтов и консультирующих психологов, с включением в такую программу проработанных блоков «функциональной психологии», ориентированной на форсированное достижение основных и наиболее востребованных психотерапевтических эффектов.

Проведение такой, давно назревшей ревизии психологической и психотерапевтической науки, образования и практики закономерно приведет к искомому прогрессу в качестве оказываемой психотерапевтической и психологической помощи, повышенной востребованности специалистов-психотерапевтов в современном обществе.

Кроме того, только таким образом и могут быть остановлены регулярно возникающие «эпидемии» агрессивного распространения упрощенных психотехнологий, реализуемых «вдохновенными адептами», вообще не имеющих никакого отношения ни к психотерапии, ни к психологии, и действующих по принципу финансово-психологической «пирамиды».

Так что будем надеяться, что и наши материалы по системному исследованию феномена психопластичности внесут свой вклад в развитие профессиональной психотерапии, и в следующие десятилетия эволюции нашей профессии мы будем свидетелями совсем других результатов.

Список литературы

1. Андерсон Дж. Р. Когнитивная психология (5-е издание) / «Питер». - 2002. - 492 с.
2. Ахмедов Т. И. Практическая психотерапия: внушение, гипноз, медитация. / М. - 2005. - 447 с.
3. Ахмедов Т.И., Жидко М.Е. Психотерапия в особых состояниях сознания. / М. 2000. - 766 с.
4. Беккио Ж., Жюслен Ш. Новый гипноз. Практическое руководство. / М. - 1998. - 160 с.
5. Бехтерев В.М. Гипноз. Внушение. Телепатия. / М. - 1994. - 365 с.
6. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. / М. - 2013. - 315 с.
7. Виннер Н. Человек управляющий / «Питер». - 2001. - 288 с.
8. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1982-1983.
9. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии (2-е международное издание) / «Питер» . - 2002. - 255 с.
10. Гора Е.П. Измененные состояния сознания. / Ж. Наркология. - №1. - 2005. - С. 37-41
11. Гордеев М.Н. Классический и эриксоновский гипноз. / М. - 2008. - 240 с.
12. Гоуэн, Дж. Измененные состояния сознания: таксономия. В кн. Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. Автор-составитель Гордеев О.В. / М. - 2012. - С. 119-132
13. Гриндер Д., Бэндлер Р. Формирование транса. / М. - 1994. - 272 с.
14. Дейкман А. Бимодальное сознание. В кн. Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. Автор-составитель Гордеев О.В. / М. - 2012. - С. 132-143
15. Джеймс У. Психология / М. - 2011. - 316 с.
16. Джоунс Д. Инновационная психотерапия / «Питер». - 2001. - 372 с.
17. Дикая Л.Г., Щедров В.И. Метод определения индивидуального стиля саморегуляции психического состояния человека // Проблемность профессиональной деятельности: теория и методы психического анализа / Л. Г.
18. Дикая (ред.). –М.: Изд-во Института психологии РАН, 1999. — С. 106–131.
19. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии \ М. - 2008. - 301 с.
20. Дружилов С.А., Олещенко А.М. Психические состояния человека в труде: теоретический анализ взаимосвязей в системе «свойства личности – состояния – процессы» // Психологические исследования : электронный научный журнал. — 2014. — Т. 7, № 34. — С. 10.
21. Дубровский Д.И. Проблема «Сознание и мозг». Теоретическое решение. / М. - 2015. - 2007 с.

22. Ефимкина Р.П. В переводе с марсианского (приемы метакоммуникации в психологическом консультировании и психотерапии) / СПб. - 2012. - 289 с.
23. Иванов Д. В. Природа феноменального сознания. / М. - 2-13. - 228 с.
24. Ивлев В.Ю., Ивлева М.Л., Иноземцев В.А. Когнитивная революция, как фактор становления новой эпистемологической парадигмы и методологии исследования знания в современной науке / Известия МГТУ «МАМИ». - № 1 (15). - 2013. - т. 6. - С. 91-99
25. Ильин Е.П. Психофизиологические состояния человека. / СПб.: Питер, 2005. - 412 с.
26. Карпов А.В. (Ред.) Психология труда. / М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. - 352 с.
27. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство./ Эксмо-пресс. -2002. -351 с.
28. Катков А.Л. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование). Монография. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
29. Катков А.Л. О подготовке сертифицированных специалистов-психотерапевтов по курсу экспресс-психотерапии // 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. 12-13.
30. Катков А.Л. Структура и технологии первичной психотерапевтической помощи // Психотерапия. – 2012. – № 12 (120). – С. 78.
31. Катков А.Л. Универсальный алгоритм, основные мишени и варианты процесса формирования устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 3. – С. 12-16.
32. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия // Ж. Психотерапия. – М., 2011. – № 10, спецвыпуск к Международному Конгрессу «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация», 7-9.10.2011 г., Россия, г. Москва. – С. 63-69.
33. Катков А.Л. Психотехнический анализ психотерапевтического процесса / Ж. «Психотерапия» - 2016. - №2 (155). - С.9-49
34. Кейд Б., Хэнлон В. Х. Краткосрочная психотерапия / М. - 2001. - 233 с.
35. Кейнсмит П. Обучаясь у пациента / Воронеж. - 1995. - 255 с.
36. Кинг М., Козн У., Цитренбаум Ч. Гипнотерапия вредных привычек. / М. - 1998. - 189 с.
37. Кинг М., Цитеренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. / М. - 1998. - 176 с.
38. Когнитивная психология: история и современность. Хрестоматия/ М. - 2011. - 383 с.
39. Крылов А.А., Суходольский Г.В. (Ред.) / Эргономика. Ленинград: Ленингр. гос. университет, 1988.
40. Куликов Л.В. Проблема описания психических состояний. / В кн.: Л.В. Куликов (Ред.), Психические состояния: Хрестоматия. СПб.: Питер, 2000. С. 11–43.
41. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. / М.: Просвещение, 1964.
42. Леонова А.Б. Регулярно-динамическая модель оценки индивидуальной стресс-резистентности. В кн.: В.А. Бодров, А.Л. Журавлев (Ред.) Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. Вып. 1. М.: ИП РАН, 2009. С. 259–278.
43. Леонова А.Б., Капица М.С. Метод субъективной оценки функциональных состояний человека. / В кн.: Ю.К. Стрелков (Ред.), Практикум по инженерной психологии и эргономике. М.: Академия, 2004. С. 136–167.
44. Леонова А.Б., Медведев В.И. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности. / М.: Изд-во Моск. гос. университета, 1981.
45. Маклаков А.Г. Общая психология. / СПб.: Питер, 2000. - 311 с.
46. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / Спб. - 2001. - 255 с.
47. Мартиндейл К. Состояния сознания. В кн. Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. Автор-составитель Гордеев О.В. / М. - 2012. - С. 67-91
48. Машин В. А. К вопросу классификации функциональных состояний человека/ Психология. - 2011. - С. 42-46
49. Машин В. А. Психическая нагрузка, психическое напряжение и функциональное состояние операторов систем управления. / Вопросы психологии, 2007, № 6, 86–96.
50. Павлов К.В. Психология здоровья. / В кн. М.К. Тутушкина (Ред.), Практическая психология. СПб.: Дидактика Плюс, 1998. С. 291–311.
51. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. / СПб.: Питер, 2000. - 606 с.
52. Молчанов В.И. Исследования по феноменологии сознания. \ М. - 2007. - 453 с.
53. Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая психотерапия. /М. - 2006. - 190 с.
54. Нардонэ Дж., Сальвани А. Магическая коммуникация. Стратегический диалог в психотерапии. Усовершенствованные техники для быстрых изменений. / М. - 2011. - 158 с.
55. Орнштейн Р. Психология сознания. / М. - 2011. - 311 с.
56. Пашковский В.Э., Зислин И.М. Религиозно-мистические состояния как психиатрическая проблема. / Ж. Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. -№1. - С. 81-87
57. Поляков С. Э. Феноменология психических репрезентаций / «Питер». - 2011. - 680 с.
58. Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном // В кн. Психотерапия: Новая наука о человеке. – М.: Академический проект, 1999. – С. 10-30.

59. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии // 6-е международное издание. – М.: «Олма-пресс», 2005. – 383 с.
60. Радзинский Д.Л. Небытие и бытие сознания в ранних формах индийской, китайской и греческой философии. / М. - 2006. - 275 с.
61. Ревонсуо А. Психология сознания. / «Питер». - 336 с.
62. Сатир В. Коммуникация в психотерапии / М. - 2015. - 92 с.
63. Слободянин А.П. Психотерапия. Внушение. Гипноз. / Киев. - 1977. - 479 с.
64. Солсо Р. Когнитивная психология / «Питер». - 2002. - 591 с.
65. Тарт Ч. Состояния сознания. В кн. Измененные состояния сознания и культура.
66. Тукаев Р.Д. Гипноз. / М. - 2006. - 447 с.
67. Фарелли Ф., Брандсма Дж. Провокационная психотерапия \ Изд. «Екатеринбург». - 1996. - 215 с.
68. Федотов А., Коган Э. Современный гипноз. Эффективные методики внушения. / Ростов-на-Дону. -2010. - 639 с.
69. Фитцджеральд Р. Эклектическая психотерапия / «Питер». - 2001. - 320 с.
70. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. / М. - 1989. -456 с.
71. Фрейд З. Психология бессознательного. / М. - 1989. - 448 с.
72. Хант Г. О природе сознания с когнитивной, феноменологической и трансперсональной точек зрения. / М. - 2004. - 555 с.
73. Хегенхан Б., Олсон М. Теории научения (6-е издание) / «Питер». - 2004. - 473 с.
74. Хеллер С., Стилл Л.Т. Монстры и волшебные палочки. / Спб. - 1994. - 251 с.
75. Шерток Л. Гипноз. / М. - 1992. - 223 с.
76. Шерток Л. Непознанное в психике человека. / М. - 1982. - 310 с.
77. Шмидт Г. Введение в гипносистемную терапию и консультирование. / М. - 2011. - 179 с.
78. Щербатых Ю.В., Мосина А.Н. Дифференцировка психических состояний и других психологических феноменов. / Казань, 2008. – С. 526-528
79. Эриксон М. Стратегия психотерпии. / Спб, - 2000. - 512 с.
80. Эриксон М., Росси Э. Человек из февраля. Гипнотерапия и развитие самосознания личности. / М. 1995. - 256 с.
81. Юнг К.Г. Очерки по психологии бессознательного. / М. -2010. - 352 с.
82. Юнг К.Г. Сознание и бессознательное. / М. 2009. - 188 с.
83. Юрьев А.И., Ганзен В.А. Системное описание психических состояний, возникающих в процессе восприятия информации. / Вестник Ленинградского университета. 1987. Сер. 6. Вып. 1. С. 50–59.
84. Frank J.D. Therapeutic components of psychotherapy, 25 years progress report of research // The Journal of Nervous and Mental Disease, 1974. – N 159. – P. 325-342
85. Frank J.D., Frank J. Persnasion and bealing (3rd ed.). / Baltimore: Johas Hopkins University Press, 1991. – 196 p.
86. Grawe K. Research – informed psychotherapy // Psychotherapy Research, 7, 1. – 1997. – P. 1-19.
87. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York.
88. Wiley, 1994. – p.p. 143-189.
89. Rogers C.R. Client-centered therapy. / Boston: Houghton Mifflin, 1951
90. Гипноз. Новейший справочник. Под ред. Т.И. Ахмедова. / М. - 2005. - 603 с.
91. Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. Автор-составитель Гордеев О.В. / «Питер», - 2009. - 336 с.
92. Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. Автор-составитель Гордеев О.В. / М. - 2012. - 254 с.
93. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие /под ред. Проф. А.О. Прохорова. / СПб, - Речь. - 2004. - 480 с.
94. Психология состояний. Хрестоматия. Под ред. А.О. Прохорова. / СПб, Речь.- 2004. - 480 с.
95. Семинар с доктором медицины Мильтоном Г. Эриксоном. Уроки гипноза. Под ред. Зейга Дж. К. / М. - 1994. - 336 с.
96. Хрестоматия. Автор-составитель Гордеев О.В. / М. - 2012. - С. 51-67
97. Эриксоновский гипноз. Систематический курс – М. - 2017. - 264 с.

THE PHENOMENON OF PSYCHOPLASTICES IN PSYCHOTHERAPY

(results of a system research)

Katkov A. L., PhD, Professor, rector of the International Institute of social psychotherapy, Saint-Petersburg

Abstract: In the article by A. L. Katkov "the Phenomenon of psychoplastices in psychotherapy (according to the results of a system research)" the expediency systematic study of this phenomenon, particularly from the perspective of improving the efficiency of professional psychotherapy practice. Discusses in detail the substantive and functional characteristics of the phenomenon of psychoplasticity. Provides comprehensive information on technological support and psychoanalysis of the main components of the considered phenomenon. Formulate the necessary theoretical generalizations. Is determined by the metaposition of the phenomenon of psychoplasticity in the General theory of psychotherapy and its role in the integration profession. In the final part discusses the prospects for further research in this direction and the implementation of results into practice.

Key words: psychotherapy, psychoplasticity, effectiveness, conclusiveness

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРАЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ

Катков А.Л., д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии г. Санкт-Петербург

Аннотация: в статье А.Л. Каткова «Современные подходы к интеграции в психотерапии» рассматриваются современные тенденции в развитии профессиональной психотерапии. Особое внимание уделяется интегративному вектору развития профессии. В частности, анализируются традиционные и инновационные подходы в интеграции профессиональной психотерапии. Аргументируются преимущества инновационных интегративных подходов в развитии профессии.

Ключевые слова: психотерапия, интегративные подходы, инновации.

Введение

Идентификация и систематизация интегративных (центростремительных) тенденций в профессиональной психотерапии, а так же выявление открытых и скрытых тенденций, обстоятельств и фактов, препятствующих этому важнейшему процессу интенсивного развития профессии, всегда было непростой задачей. Однако, сущностное решение данной задачи уже невозможно откладывать на неопределенное будущее без неприемлемых потерь в социальном рейтинге психотерапии и, соответственно, статусе профессиональных психотерапевтов.

Что, собственно, и является главным поводом для подготовки настоящего материала.

Более рельефная и структурированная цель настоящей публикации – попытка показать принципиальное различие традиционных и инновационных подходов в интеграции профессиональной психотерапии. Такого рода попытка предпринята с надеждой на то, что профессиональное психотерапевтическое сообщество глубоко и серьезно воспримет эти новые аргументы в пользу сущностной интеграции психотерапии – уже под «флагами» самостоятельного и состоятельного научно практического направления, обладающего, кроме того, колоссальной социальной значимостью.

Критический анализ традиционных интегративных подходов в психотерапии

Здесь же следует обозначить традиционно обсуждаемые интегративные подходы и тенденции, так или иначе присутствующие в общем поле профессиональной психотерапии, и попытаться прояснить факт, в целом, невысокой востребованности этих подходов даже и «толерантными» профессионалами, не говоря уже об апологетах школьных подходов в психотерапии.

К таким традиционным подходам относят следующие общепризнанные модусы интеграции:

- *ассимиляция* (данный интегративный модус характеризуется тем, что вокруг и «внутри» общепризнанной психотерапевтической модальности ассимилируются известные и генерируются новые технологические подходы, расширяющие поле применения и, в явной или неявной форме, теоретические конструкции метода);
- *технический эклектизм* (данный интегративный модус ориентирован на возможность использования множества технических подходов из различных психотерапевтических школ и методов применительно к тем проблемам, которые заявляет клиент (пациент). При этом основными принципами являются, во-первых, отсутствие вреда; а, во-вторых – существенная польза, которую извлекает клиент за счёт использования нескольких технических подходов, а не только какого-либо одного из них. Соответственно, основными полюсами такой интеграции являются характеристики статуса и запрос клиента, а также профессиональные кондиции психотерапевта в смысле широты его технического репертуара);
- *поиск общих факторов* (этот модус, рассматриваемый нами в отдельном разделе, ориентирован на возможность идентификации общих для всех направлений, моделей и методов психотерапии переменных – клиента, терапевта, процесса и др.
- *теоретическая интеграция* (сущностной характеристикой рассматриваемого модуса является мотивированное стремление выйти за рамки теоретических подходов отдельных школ и обосновать возможность метатеоретического синтеза).

С нашей точки зрения, аргументируемой в публикациях последних лет (А.Л. Катков, 2011, 2013, 2017), невысокая востребованность приведенных традиционных модусов интеграции психотерапии объясняется, прежде всего, тем, что исследователи данного вектора развития профессии так и не вышли за рамки достаточно узких психотехнических границ, присущих определенным психотерапевтическим методам и направлениям. То есть, основной психотехнический стержень исследовательской логики здесь оставался неизменным, и все более или менее радикальные перемены в профессии увязывались с существенной модификацией используемых психотехнических подходов, будь то совокупность структурированных техник или заявляемых мета-позиций.

Так же, нами было показано и то, что разработанные в последние десятилетия интегративные модели создавались в основном по образу и подобию сложившихся психотерапевтических систем, каждая из которых, безусловно, представляет апробированный и устоявшийся способ интеграции достаточно объёмного массива сведений и опыта. При отсутствии очевидных и доказанных преимуществ таких «проявленных» интегративных моделей перед незаявленными в данном качестве сложившимися системами психотерапии – никакие умозрительные аргументы в пользу необходимости поступиться хотя бы частью своего «суверенитета» ради «общего психотерапевтического дела» не действуют. Что, собственно, и иллюстрирует хорошо известный факт того, что практически все, разработанные таким образом профессиональные модели, открыто претендующие на статус интегративных, в лучшем случае занимают место общепризнанных психотерапевтических модальностей.

Пределом разрешающей способности вышеприведенной логики выведения интегративного вектора профессиональной психотерапии, по-видимому, следует считать построение некой универсальной психотехнической теории, к чему, собственно, и призывали достаточно заметные в сфере академической психологии авторитеты – Ф.Е. Василюк, А.В. Юревич и другие. Однако, в силу очевидной несостоятельности предшествующих попыток психотехнического синтеза,

предпринимаемых именно в этом, будто бы неидеологизированном и даже – по убеждению авторов – «надпарадигмальном» ключе, такой вынужденно редуционистский подход к выстраиванию вектора интеграции в профессиональной психотерапии так же оказался невостребованным.

Более детальные (и, в силу этого, более ценные для осмысленного конструирования инновационных интегративных подходов в рассматриваемой сфере) выводы относительно функциональной дееспособности традиционных модусов интеграции в психотерапии – по результатам проведенных нами исследований – были сформулированы следующим образом.

Традиционные системообразующие концепты, представляющие идеологический стержень интегративных моделей, выстраиваемых на основе идеи общей психотехнической теории или универсального технического синтеза, содержит целый ряд ограничений (мы выделяем три уровня таких ограничений), препятствующих, во-первых, их реальному сближению и трансформации в общий интегративный подход. А во-вторых – полноценной имплементации имеющихся по каждой интегративной модели достижений в зону роста и ближайшего развития наиболее распространенных и востребованных психотерапевтических методов.

Среди ограничений первого уровня, присущих собственно идеологии рассматриваемых моделей, можно отметить следующие:

- *системообразующая идея не идёт дальше ассоциированных «школьных» идеологий;*
- *системообразующая идея ограничивается базисными установками заимствованного внешнего концепта;*
- *системообразующая идея учитывает лишь близлежащие практические цели;*
- *системообразующая идея концентрируется лишь на вопросах формирования психотерапевтической теории;*
- *системообразующая идея как таковая несостоятельна (т.е. имеет место псевдоинтеграция, а не поиск каких-либо общих, универсальных механизмов и принципов терапевтических изменений).*

Далее, среди общеметодологических ограничений второго уровня, следует отметить типичные методологические упущения и несоответствия, присутствующие в основе каждой из анализируемых интегративных моделей:

- *отсутствие проработанной эпистемологической платформы* (если психология в самом общем виде – это наука о субъективном, а психотерапия – наука об адаптивной трансформации субъективного, то абсолютно логичным представляется: 1) первичная диссоциация общего поля активности рассматриваемого вида деятельности на предметную сферу *универсального* (то, что подлежит переводу на универсальный язык науки, т.е. возможна репрезентация сущностных характеристик этой предметной сферы в категориях «объективной» информации) и предметную сферу *уникального* (то, что не подлежит процедуре «универсализации», как, например, не должно быть, с точки зрения адаптационного целеполагания, никакого смешения национальных языков: каждый из них – это уникальный способ репрезентации характеристик реальности; другой вопрос, что в этом случае в предметную сферу универсального должен включаться такой компонент, как возможность перевода или понимания уникального субъективного содержания, который Гадамер обозначал как необходимость «герменевтически вышколенного сознания» – характеристики, абсолютно необходимой в деятельности психотерапевта); 2) проработка универсальной части предметной сферы рассматриваемого вида деятельности с её концептуализацией, достижением параметрической определенности, разработкой адекватного тезауруса; формирование первичного базиса для продвижения к статусу научной парадигмы и пр.; 3) генерации главной синтетической идеи того, как могут и должны соотноситься, сочетаться и взаимодействовать универсальные и уникальные составляющие общего поля профессиональной психотерапии);

- *отсутствие необходимого в данном случае предварительного допущения того, что сущностная интеграция психотерапии может быть реализована лишь в ареале науки при наличии реальных и обоснованных предпосылок к формированию подлинно научной парадигмы* (под это определение интегративные модели, выстроенные в традиционном ключе, не подпадают, так как не соответствуют критериям принадлежности к научной парадигме); любые другие конструкции, лишённые возможности апробации и фальсификации с помощью доказательной исследовательской практики, являются произвольными и стоят одна другой;

- *отсутствие необходимой в данном случае базисной исследовательской программы*, которая бы поэтапно продвигала разработанную гипотетическую модель: 1) к статусу признаваемой научной парадигмы, открытой к синтезу знаний и опыта; 2) статусу основополагающей и всеобъемлющей теории психотерапии.

Третий уровень ограничений связан с нерешённой проблемой эпистемологических разрывов и фундаментальных ограничений, присущих уже непосредственно корпусу науки и современной системе кодифицированных научных знаний. Здесь мы отмечаем следующие дефициты:

- *отсутствие абсолютно необходимого, с нашей точки зрения, предварительного эпистемологического анализа рассматриваемой сферы деятельности и сопредельного сектора науки;*

- *дефицит философского и научно-методологического обоснования инновационных подходов, в рамках которых эти фундаментальные ограничения современной науки могут быть преодолены.*

Из вышеприведенных тезисов детального анализа, выявляющего сущностные причины несостоятельности традиционных интегративных подходов в психотерапии, следует, во-первых, вывод о том, что без преодоления всех перечисленных методологических сложностей ни о какой подлинной интеграции в нашей непростой профессии речи быть не может. А во-вторых, – такого рода интеграция возможна только лишь на основе авангардных научных представлений, способных объяснять сложную феноменологию психотерапевтического процесса, представлять ее в системе адекватных качественных и количественных индикаторов, и, тем самым, демонстрировать возможность осмысленного управления качеством оказываемой психотерапевтической помощи.

Но кроме того, мы полагаем, что игнорирование вот этих требований времени в сфере профессиональной психотерапии, отказ от обсуждения данной тематики в режиме корректной дискуссии – и такое «профессиональное» поведение, увы, не редкость в консервативной части психотерапевтического сообщества – неизбежно приводит к неприемлемой задержке в развитии профессии со всеми, выводимыми отсюда, неизбежными проигрышами в конкуренции, низкими социальными рейтингами и соответствующими статусными характеристиками профессиональных психотерапевтов.

Вместе с тем, определенный смысл присутствует и в том, чтобы столь так же детально разобраться и в предъявляемых контраргументах по отношению к интегративной линии развития профессиональной психотерапии. И таким образом, хотя бы отчасти, компенсировать отсутствие открытой дискуссии по этому вопросу.

В частности, в рамках проведения научно-практической конференция, посвященной 85-летию выдающего представителя российской психотерапии Б.Д. Карвасарского «Наука и практика российской психиатрии и психотерапии: достижения и перспективы развития» (5-6 февраля 2016 года, г. Санкт-Петербурге) – в тезисах пленарных выступлений, репликах и дискуссиях – были обозначены следующие контраргументы в интегративного движения в психотерапии.

В отношении оценки статуса профессиональной психотерапии:

- профессиональная психотерапия в теоретическом плане – это прикладной раздел психологии, поскольку именно эта наука занимается разработкой и изучением средств психологического воздействия на психику человека и исследованием результатов такого влияния;

- в практическом плане психотерапия – это субспециальность психиатрии, ведь именно знание клинических проявлений психических и поведенческих расстройств позволяет специалисту-психотерапевту проводить патогенетически обоснованную, эффективную терапию;

- профессиональная психотерапия, в силу сказанного, не может претендовать на статус самостоятельного научно-практического направления. Более того, такой необоснованный отрыв психотерапии от «материнских» дисциплин может самым нежелательным образом сказаться на уровне подготовки специалистов и качестве оказываемой помощи;

- все идеи о необходимости интеграции профессиональной психотерапии в единую специальность – несостоятельны по причине отсутствия единой теории личности, при том, что основной «предмет» психотерапии – это, как раз, личность клиента (пациента);

- что касается основных концептов личности, лежащих в основе признанных направлений и методов психотерапии, то всякая попытка их совмещения в какой-то абстрактной теории – это вредная иллюзия, отодвигающая профессию от важных задач по разработке этих самых направлений и методов, а самих специалистов – от необходимости профессионального самоопределения, выстроенного в этом ключе.

В отношении перспектив развития профессии:

- предлагается дальнейшая разработка традиционных направлений и совершенствование методов профессиональной психотерапии, которые выстраиваются на основе имеющихся представлениях о личности клиента (пациента);

- несущей идеологической конструкцией, на основе которой выстраиваются, в том числе и модели психотерапевтической помощи, остается трехчастная парадигма био-психо-социального подхода; всякие попытки выхода за рамки данной парадигмы, мягко говоря, не приветствуются;

- обосновывается необходимость поиска в направлении решения сложной (по мнению выступавших докладчиков) проблемы разработки концепта качества психотерапевтической помощи и возможностей дифференцированной оценки данной категории;

- особый акцент в обеспечении высокого качества психотерапевтической помощи предлагается делать на полноценной подготовке специалистов – психотерапевтов и разработке соответствующих образовательных программ;

- целесообразным представляется возрождение Федерального центра, курирующего все вопросы развития профессиональной психотерапии в РФ и осуществляющего меры антикризисной поддержки действующим специалистам и организациям психотерапевтического профиля.

Полагаем, что логика практически всех вышеприведенных контр-тезисов, обусловлена даже и не столько какой-то, совершенно особой приверженностью к консервативному профессиональному полюсу существенной части психотерапевтического сообщества, сколько очевидной несостоятельностью традиционно используемых интегративных подходов, не предлагающих, как мы убедились, каких-либо достойных альтернатив в развитии профессиональной психотерапии.

Такая логика полностью опровергается аргументированными позициями предлагаемых инновационных подходов в интеграции профессиональной психотерапии.

Инновационные интегративные подходы, предлагаемые к использованию в сфере профессиональной психотерапии.

Итак, на основании результатов масштабных и многолетних исследований, проведенных в период 2000–2017 гг., мы обосновываем необходимость введения обновленных векторов дифференциации-интеграции профессиональной психотерапии, которые, с одной стороны, демонстрируют несводимость психотерапии к так называемым, материнским дисциплинам. А с другой – убедительно аргументируют научный статус профессиональной психотерапии и возможность, именно за счет принадлежности психотерапии к авангардному крылу общего корпуса науки, сущностной интеграции профессии по внутреннему и междисциплинарному векторам. За счет чего, собственно, профессиональная психотерапия и обретает свое, вполне современное содержание в теории, практике и организации.

Эти инновационные векторы дифференциации-интеграции следующие: *культурно-исторический* – демонстрирующий самостоятельный путь развития и специфику психотерапевтической традиции во все контурируемые эпохи донаучного и научного знания; *внешней* – с современным корпусом науки и сопредельными направлениями

философии, медицины, педагогики, психологии; *внутренний* – между различными направлениями и модальностями психотерапии; *междисциплинарный* – с другими помогающими и развивающими практиками (образованием, воспитанием, социально-психологическими тренингами и пр.).

Далее, в качестве научной основы вышеприведенных обновленных векторов дифференциации-интеграции профессии была основательно проработана предметная сфера психотерапии со следующими обязательными характеристиками:

- *функциональная дееспособность* (т.е. предметная сфера психотерапии должна адекватно представлять функциональную суть наиболее востребованных психотерапевтических феноменов);
- *концептуальная состоятельность, эвристичность* (основа предметной сферы – базисные и прикладные концепты психотерапии, распределяемые по основным уровням дисциплинарной матрицы – должны в итоге составлять единый системообразующий стержень профессии, четко демонстрировать перспективу развития профессиональной психотерапии как самостоятельного научно-практического направления, способного существенно обогатить сопредельные научно-практические дисциплины и ареал науки в целом);
- *параметрическая определенность* (в предметной сфере рассматриваемой дисциплины должны быть четко установлены наиболее существенные параметры наблюдения, измерения и оценки эффективности психотерапии; определена методология данного исследовательского процесса);
- *научно-методологическая проработанность, стройность, эвристичность* (предметная сфера должна быть представлена научно-обоснованными моделями психотерапевтического процесса с его основными универсалиями, поддающимися измерению и исследованию, и показывающими возможность продвижения к полноценной внутренней интеграции профессии);
- *практическая (технологическая) проработанность и эвристичность* (в предметной сфере профессиональной психотерапии должны находить отражение возможности как универсального, так и уникального технического синтеза; возможности выведения универсальных и специальных терапевтических мишеней);
- *дееспособность в отношении выстраивания главных идентификационных векторов профессиональной психотерапии (дифференциальных – демонстрирующих сущностное отличие психотерапии от так называемых «материнских» дисциплин; интегративных – показывающих возможность конструктивной интеграции психотерапии с сопредельными научно-практическими дисциплинами и ареалом науки в целом);*
- *возможность выведения основных профессиональных установок и институций* (в предметной сфере профессиональной психотерапии должна быть представлена вся необходимая информация, обеспечивающая возможность выведения полного набора функций, а также миссии рассматриваемого научно-практического направления; адекватного нормативного и этического оформления профессиональной – практической, образовательной, научной – деятельности).

В частности, в ходе научной разработки предметной сферы профессиональной психотерапии, осуществляемой за счет реализации последовательной серии масштабных научных проектов, был сформирован системообразующий стержень психотерапии, включающий: 1) полноценную Базисную научно-исследовательскую программу, в которой представлены основополагающие принципы и научная методология исследования фундаментальных и прикладных проблем психотерапии и смежных областей; 2) концепт дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии, демонстрирующий иерархию структурных уровней рассматриваемого научно-практического направления; 3) разработанные теоретические, психотехнические и инструментальные концепты профессиональной психотерапии, распределяемые по соответствующим уровням дисциплинарной матрицы, агрегированные в искомую общую теорию психотерапии,

Краткая (по необходимости) характеристика основополагающих компонентов системообразующего стержня профессиональной психотерапии следующая.

Понятие Базисной научно-исследовательской программы – центральный концепт в философско-методологических разработках известного в данной сфере специалиста И. Лакатоса – определяется как «последовательность научных теорий», которая соответствует основному эвристическому правилу Карла Поппера: «выдвигай гипотезы, имеющие большее эвристическое содержание, чем у предшествующих».

Последняя констатация этих всеобъемлющих свойств Базисной НИП чрезвычайно важна, поскольку именно сфера профессиональной психотерапии является чрезвычайно обширной зоной, неким «облаком» противоречивой информации – без каких-либо очерченных границ. Эту зону невозможно охватить какой-то одной теорией, пусть даже и фундаментальной, а только лишь объемным кластером проработанных теорий, положений и концепций, выстроенных на основании системообразующего стержня Базисной НИП.

Наличие множества разнообразных плоскостей анализа, абсолютно неизбежное в рассматриваемой сфере, в данном случае не воспринимается как дефект и не устраняется из методологического содержания конкретных фрагментов Базисной НИП, поскольку в своем стержне базисная научно-исследовательская программа содержит возможность выведения общих информационных моделей любой рассматриваемой проблематики.

Формирование таких двумерных или даже – при определенных условиях – трехмерных информационных моделей представляет собой универсальную технологию картирования отдельных научных проблем, дисциплин, направлений и науки в целом, реализуемую за счет сложной математической обработки имеющихся массивов информации.

Результирующая объемная карта, учитывающая в том числе и методологические контексты, в которых были получены определенные массивы информации, является не переменным атрибутом современного научного планирования, помогает избежать непродуктивных затрат на производство неактуальных и вторичных знаний, и является своеобразным методологическим «справочником» для исследовательских коллективов.

Соответственно, разработка Базисной НИП в сфере профессиональной психотерапии – это «правильный шаг в правильном направлении» формирования такой информационной суперсистемы, с помощью которой преодолеваются противоречия и решаются задачи любой степени сложности.

Разработанная нами структура Базисной научно-исследовательской программы, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии, следующая.

Общий раздел

- *констатирующая часть*, с результатами анализа основных исторических, эволюционных, биологических, социальных и иных актуальных контекстов, и выводимыми отсюда установочными позициями в отношении необходимости исследования предметной сферы профессиональной психотерапии;

- *эпистемологическая часть*, с результатами углубленного эпистемологического анализа и выводимым отсюда методологическим обоснованием специфики научных исследований в сфере профессиональной психотерапии (сюда включается концептуальная часть с обозначением системообразующего стержня Базисной НИП, а также гипотетическая часть, формируемая «рабочими» компонентами базисной научно-исследовательской программы);

- *аналитическая часть* с результатами идентификации предметной сферы профессиональной психотерапии, дифференцируемой в том числе и с учетом контекста наиболее перспективных направлений, а также актуальной частной проблематики, размещаемых в соответствующих разделах Базисной НИП.

Раздел целеполагания

- *иерархия целей Базисной НИП*, расписанная в соответствии с установленными приоритетами в области исследования предметной сферы профессиональной психотерапии, матричным принципом организации тематических научных исследований, приоритетными прикладными проблемами;

- *систематизация задач*, необходимых для достижения каждой из планируемых целей;

- *структурное оформление* основных направлений исследовательской деятельности в виде завершенных проектов или комплексных исследовательских программ;

- *краткое описание результатов*, достижение которых планируется по каждому из разработанных направлений НИП, с выведением перспективы компенсации дефицита в системе кодифицированной – по матричному принципу – экспертной базы знаний, а также выведение системы промежуточных и итоговых индикаторов эффективности реализации каждого направления НИП.

Специальный раздел

В данном разделе каждый пакет рабочих гипотез и соответствующее направление исследовательской деятельности выделяются в отдельные подразделы. Эти подразделы содержат исчерпывающую информацию по следующим позициям:

- чёткая формулировка рабочей гипотезы;

- определение целей, задач, планируемых результатов по каждому направлению исследования и исследовательскому проекту;

- выделение существенных характеристик (параметров), подлежащих измерению;

- определение основных и вспомогательных методов измерения соответствующих параметров;

- определение процедуры синтеза и последующей интерпретации полученных данных;

- определение методологии установления степени надежности полученных данных;

- определение принципов коррекции первичной концептуальной базы и рабочих гипотез;

- разработка методологии сбора данных;

- формирование итогового дизайн-проекта по каждому исследовательскому фрагменту;

- разработка необходимого ресурсного обеспечения (состав бригады специалистов-исследователей, лабораторное обеспечение, информационное обеспечение, административная и финансовая поддержка, техническая поддержка и пр.);

- разработка стратегии реализации и продвижения исследовательских проектов в соответствии с институализированной процедурой выполнения профильных научно-технических программ (НТП), публикаций, защиты научных результатов в профильных учёных и диссертационных советах, научных комитетах, аккредитованных профессиональных ассоциациях.

Институциональный раздел

- в данном разделе прописываются процедуры институализации научных достижений в содержание профессиональных стандартов психотерапевтических, консультативных, воспитательных, образовательных и иных развивающих практик, реализуемых в метамодели социальной психотерапии;

- процесс институализации инновационных технологий, охватывающих все направления функциональной профессиональной психотерапии – помогающее, развивающее, саногенное, социально-стабилизирующее – безусловно, должен сопровождаться масштабным мониторингом эффективности и адекватным методологическим сопровождением;

- это подразумевает организацию мощных многопрофильных научно-практических и образовательных кластеров, которые должны действовать в тесном сотрудничестве с профессиональными ассоциациями.

Раздел мониторинга и коррекции

- в данном разделе прописываются результаты мониторинга этапов проработки общего проблемного поля, охватываемого Базисной НИП, вносятся необходимые коррективы и дополнения по всем разделам программы, определяются новые направления исследований, уточняется методология их реализации;

- мониторинг осуществляется на основании разработанной системы промежуточных и итоговых индикаторов и стандартных отчётов о проведённых научных исследованиях, инновационных внедрениях; результаты мониторинга доводятся до сведения дисциплинарно-коммуникативного сообщества;

- реализацию программы такого постоянного мониторинга и обновления Базисной НИП должны взять на себя наиболее мощные научно-практические и образовательные многопрофильные кластеры, имеющие для этого все необходимые ресурсы (информационная база, экспертные группы, учёный совет, диссертационный совет и пр.);

- результаты такого многоуровневого мониторинга заносятся в экспертные базы данных, на основании чего в последующем формируются конгломераты «больших данных» по теме профессиональной психотерапии.

Универсальная схема Базисной научно-исследовательской программы, реализуемой в сфере профессиональной психотерапии, должна наполняться конкретным содержанием, в зависимости от охватываемых актуальных контекстов и соответствующих направлений Базисной НИП.

Дисциплинарная матрица профессиональной психотерапии понимается как системная, иерархическая структура предметной сферы рассматриваемого научно-практического направления и является важнейшей характеристикой состоятельности данного направления.

В реализованных нами исследовательских фрагментах было обосновано выделение следующих иерархических уровней дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии:

уровень фундаментальных допущений, обосновывающему принадлежности конкретной дисциплины (в нашем случае профессиональной психотерапии) к ареалу науки и далее к какому-либо дифференцированному полюсу научных знаний – естественнонаучному, гуманитарному, ассоциированному;

уровень базисных научных дисциплин, теорий, концепций, представляющий именно те научные дисциплины с их основополагающими теориями и концепциями, с учетом которых формируются исходные установки анализируемого научно-практического направления;

уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций, на котором представлены основные теоретические разработки рассматриваемого научно-практического направления, доктринальные установки и принципы их реализации в системе действующих профессиональных институтов;

уровень актуального профессионального поля, представленный обновляемым набором актуальных знаний – умений – навыков, необходимых для профессионалов, в нашем случае действующих в сфере профессиональной психотерапии;

уровень профессиональных стандартов, представленный системой профессиональных стандартов, которые формируют «видимый» сектор профессиональной психотерапии, непосредственно соприкасающийся с основными контактными группами потребителей профильных услуг;

нормативно-организационный уровень, представленный разработанными концептами и инструментами управления качеством профессиональной психотерапевтической деятельности (включая научную, образовательную и практическую деятельность).

Все обозначенные уровни дисциплинарной матрицы являются взаимодополняющими, взаимодействующими и взаимозависимыми информационными секторами, имеющими свою специфику и демонстрирующими, с одной стороны, уникальный стержень анализируемого направления науки и практики, а с другой – его общность с ареалом науки в целом.

В частности, нами было показано, что для профессиональной психотерапии (в отличие от так называемых материнских дисциплин) принципиальное значение имеет адекватная и глубокая проработка первого матричного уровня – фундаментальных допущений – что, собственно, и является главным аргументом в пользу принадлежности психотерапии к авангардному фронту науки в принципе, а не только к общему фронту наук о психике. То есть, даже и на этом, наиболее общем и универсальном уровне дисциплинарной матрицы идентифицируются специфические особенности психотерапии как самостоятельного научно-практического направления (более подробно данный вопрос рассматривается в монографии «Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое обоснование», А.Л. Катков, 2013).

Теоретический ареал общей теории профессиональной психотерапии представлен следующими блоками, распределенными на первых трех уровнях дисциплинарной матрицы: идентифицированными эволюционными контекстами, демонстрирующими необходимость предельного «сжатия» и повышения эффективности процессов психологической, социальной и биологической адаптации; наиболее востребованным, в связи с актуальными эволюционными контекстами, феноменом профессиональной психотерапии – возможностью достижения стойких конструктивных изменений в ограниченные временные периоды (психопластичность); концептом ассоциированной эпистемологической платформы как несущей структуры, обеспечивающей возможность имплементации профессиональной психотерапии в систему кодифицированных научных знаний; концептом объёмной реальности, демонстрирующим неустранимость феномена психического из любых моделей реальности и аргументирующим динамику сверхбыстрых адаптивных изменений субъекта (психопластика) за счёт особого взаимодействия дифференцируемых субстатусов объёмной реальности; концептом качественных характеристик психического здоровья, являющихся универсальными мишенями психотерапевтического процесса; универсальной моделью адаптивно-креативного цикла, демонстрирующей алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии; концептом психопластики, демонстрирующим специфическую активность дифференцированных инстанций психики в обеспечении возможности сверхбыстрых терапевтических изменений; моделью трёхуровневой психотерапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающей как универсальный, так и уникальный потенциал профессиональной психотерапии; системой макро- и мета мишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующих механизмы трёхуровневой психотерапевтической коммуникации и являющейся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов; системой параметров и индикаторов, оценивающих полноту и качество используемых макро- и метатехнологий, структурированных

техник профессиональной психотерапии, а также скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла.

При этом важно, что все поименованные концепты, по структурированным блокам Базисной НИП с возможностью исследования и пополнения доказательной базы по каждому поименованному концепту; и далее – по идентифицированным феноменологическим, концептуально-методологическим, параметрическим, технологическим рядам предметной сферы профессиональной психотерапии.

Функциональные концепты, инструментами и принципы организации в общей теории профессиональной психотерапии, представлены на 4-6-ом уровнях дисциплинарной матрицы следующим образом: системой универсальных и актуальных мишеней в психотерапии (выводимой из концепции качественных характеристик психического здоровья); функциональным оформлением общей теории психотерапии и концепта психопластики с подробными характеристиками дифференцированных уровней психотерапевтической коммуникации и соответствующих технологических рядов, ориентированных на работу с универсальными и актуальными мишенями; разработанной универсальной (рутинной) технологией оценки эффективности психотерапевтического вмешательства; концептом управления качеством психотерапевтической деятельности; системой профессиональных стандартов и правил профессиональной психотерапевтической деятельности, разработанных в соответствие с доказательной практикой; теорией и практикой эффективного нормативного регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности; дееспособными институтами, обеспечивающими достижение промежуточных и конечных целей, декларируемых в сфере профессиональной психотерапии. Соответственно, первые четыре концепта формируют уровень актуального профессионального поля (4-й уровень дисциплинарной матрицы); система профессиональных стандартов и правил формирует одноименный 5-й уровень; а заключительный концепт и система профессиональных институтов – 6-й уровень дисциплинарной матрицы профессиональной психотерапии – организационно-нормативного регулирования.

В общем контексте всего сказанного, профессиональная психотерапия определяется нами как: самостоятельная научно-практическая дисциплина, разрабатывающая и реализующая специфические методы взаимодействия психотерапевта с пациентом или группой, направленного на эффективное совладание с проблемной или кризисной ситуацией, мобилизацию ресурсов психики и всего организма на преодоление последствий влияния болезнетворных факторов, форсированное развитие эффективной самоорганизации, высоких уровней психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды.

В то же время в фундаментальном смысле, по результатам наших исследований, психотерапия является *авангардным фронтом наук о психике, демонстрирующим беспрецедентные возможности разработки системно-информационного уровня объемной реальности, актуального для ареала науки в целом.*

И далее, с учетом сверх-актуального запроса на повышение эффективности психотерапевтической практики, нами выведена следующая формула эффективной психотерапевтической коммуникации, вполне понятная и воспроизводимая в контексте вышеприведенных теоретических и функциональных построений: актуализация (за счет используемых макро- и метатехнологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости-гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счет множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта + форсированное достижение (за счет совокупности используемых технологических подходов) высоких уровней психологического здоровья, обеспечивающего эффективную самоорганизацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

Критерии дееспособности предлагаемых инновационных подходов

В качестве основных индикаторов дееспособности заявляемых инновационных подходов к интеграции в сфере профессиональной психотерапии, с нашей точки зрения, целесообразно было использовать следующие бесспорные и принятые как в научном, так и в профессиональном психотерапевтическом сообществе, идентификационные системы: 1) принцип соответствия критериям принадлежности профессиональной психотерапии к системе кодифицированных научных знаний; 2) критерии дееспособности общей теории психотерапии Д. Прохазки и Дж. Норкросса (2001).

В плане соответствия главного тезиса заявляемого нами интегративного подхода по первому индикатору: в результате проведенного эпистемологического анализа было показано существенное продвижение по нижеследующим позициям:

- *проработанность предметной сферы* (за счёт реализации комплексной исследовательской программы – первых разделов Базисной НИП – предметная сфера профессиональной психотерапии в основном идентифицирована и проработана);
- *принципы верификации и симметрии* (найдено удовлетворительное объяснение фактам получения схожих результатов при использовании различных методов и разных результатов при использовании одного и того же метода в идентичных клиентских группах; идентифицирован основной «смущающий» универсальный компонент – механизм гиперпластики, обусловленный активностью макротехнологического и метатехнологического уровней психотерапевтической коммуникации; разработана методология оценки «весовых» соотношений универсальных и специфических вкладов в итоговую эффективность психотерапевтического процесса);
- *наличие проработанных принципов фальсификации* (в отношении рабочих гипотез общей теории психотерапии разработана методология установления истинности – фальсификации основных концептов, исследуемых в рамках Базисной НИП);
- *наблюдаемость и измеряемость предметной сферы* (предметная сфера психотерапии разработана именно таким образом, что все ее основные ряды переводятся в параметрический ряд с разработанной методологией наблюдения, измерения и интерпретации получаемых таким образом результатов);
- *принцип простоты, ясности* (общая теория психотерапии полностью проясняет главный и наиболее

востребованный психотерапевтический эффект, и далее в своих концептуальных построениях отталкивается именно от этой вполне понятной и ясной позиции);

- *принцип системности* (все компоненты общей теории и выводимой отсюда психотерапевтической практики полностью согласованы и скреплены конструкцией дисциплинарной матрицы; разработан системообразующий стержень психотерапевтической теории; идентифицированы и проработаны все возможные векторы интеграции профессиональной психотерапии);

- *соответствие всем вышеназванным критериям* (следует констатировать практически полное соответствие всем вышеобозначенным кодифицированным критериям научного знания).

Таким образом, по всем вышеприведенным критериям психотерапия с полным правом может претендовать на статус самостоятельной научной дисциплины.

В плане соответствия разработанных интегративных подходов и общей теории психотерапии критериям Д. Прохазки и Дж. Норкрасса (2001) констатируется практически полная адекватность предложенной интеграционной модели следующим основным критериям: 1) ценностный и порой уникальный вклад основных систем психотерапии должен быть защищён; 2) фундаментальные переменные процесса и компонентов терапии должны быть чётко идентифицированы; 3) должна быть обеспечена возможность измерения и валидации фундаментальных переменных; 4) рассматриваемая интегративная модель должна объяснять, как люди изменяются без терапии и при терапии, поскольку большинство людей, даже и с клиническим уровнем расстройств, не обращаются за профессиональной помощью; 5) модель должна доказать свою состоятельность при генерализации её с охватом широкого круга человеческих проблем, включая проблемы физического, психического и психологического здоровья; 6) интеграционная модель должна побуждать психотерапевтов становиться новаторами.

То есть, в нашем случае, общая теория психотерапии и все ее взаимосвязанные концепты не только превосходно демонстрируют возможность повышения эффективности буквально каждого психотерапевтического метода без «покушения» на его идентичность – что само по себе большое достижение – но также и «справляются» с наиболее сложными задачами, представленными в критерии Прохазки-Норкрасса. Так, например, адекватное обоснование по позиции (4) здесь оказалось возможным только лишь с выведением концепта универсального адаптивно-креативного цикла и демонстрации статистически значимых различий в темпах и качестве прохождения данного цикла в стандартных группах клиентов, получавших психотерапевтическую помощь и без таковой. Обоснование по позиции (5) было получено в результате масштабной апробации экспериментальной методологии интегративной психотерапии в отношении клиентских групп с расстройством адаптации, сложными формами химической зависимости и тяжелыми, длительно текущими, соматическими заболеваниями.

Далее, было показано, что выстраивание метамоделей социальной психотерапии с эффективным взаимодействием собственно психотерапевтического и консультативного, аддиктологического и образовательного кластеров, подразумевает также и трансферт определенных психотерапевтических технологий и мета-навыков в систему профессиональной подготовки специалистов, действующих в сопредельных областях. И что привнесенные таким образом элементы психопластики существенно повышают эффективность стандартных технологий воспитания, образования, тренинговых и других помогающих и развивающих практик. Именно таким образом и может быть осуществлен доступ к действительно широкому кругу проблем современного человека (позиция 5), но так же, и охват квалифицированной профессиональной помощью более чем объемного сектора потенциальных и реальных клиентов, нуждающихся в такой помощи.

Контраргументы в пользу инновационных интегративных подходов

Исходя из всего сказанного, мы считаем, что следующие тезисы могут быть предъявлены в качестве эффективных контраргументов в отношении обоснования центробежной позиции существенной части профессионального психотерапевтического сообщества.

Оценка статуса профессиональной психотерапии:

1. в отношении топологии профессиональной психотерапии в общем ареале науки – психотерапия на сегодняшний день соответствует всем критериям кодифицированного научного знания (в первую очередь, критерию адекватного определения предметной сферы); в данной связи за профессиональной психотерапией необходимо признать статус самостоятельного научно-практического направления;

2. системообразующим стержнем этого самостоятельного научно-практического направления является Базисная Научно-исследовательская Программа (по определению И. Лакатоса), ясно демонстрирующая возможности получения кодифицированных научных знаний в результате исследования предметной сферы профессиональной психотерапии, что полностью соответствует современным эпистемологическим подходам, а так же и другие компоненты системообразующего стержня профессиональной психотерапии, выводимые из реализованных фрагментов Базисной НИП;

3. наличие или отсутствие единой или множества теорий личности или даже психики – в принципе не может являться критерием дееспособности психотерапии как науки, поскольку современной наукой не признается статус какой-то абсолютной истины, а поле определенного научного фронта (направления) позиционируется как совокупность конкурирующих - по доказательной силе аргументов – гипотез;

4. признание за психотерапией статуса самостоятельного научно-практического направления позволит – относительно короткие временные периоды – обеспечить искомый импульс в развитии профессии, полноценно реализовать помогающие, развивающие, саногенные, социально-стабилизирующие функции профессиональной психотерапии, т. е. наиболее эффективным образом ответить на социальный запрос в сфере психического и психологического здоровья;

5. в практическом плане, в силу всего сказанного, психотерапия должна функционировать как вполне самостоятельная специальность, уровень компетенции специалистов которой зависит от содержания и качества реализации соответствующих программ подготовки (в данной связи, все опасения по поводу возможных последствий

«утраты органических связей с психиатрией и психологией» представляются чрезмерными и адресованными к полноте соответствующих блоков программ профессиональной подготовки специалистов-психотерапевтов);

В отношении перспектив развития профессии:

- предлагается масштабная реализация разработанной Базисной НИП, которая утвердит профессиональную психотерапию в качестве авангардного научного фронта со всеми, выводимыми отсюда последствиями в отношении актуального общественного запроса на обеспечение высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья – устойчивости к агрессивному воздействию среды;

- в частности, за счет реализации институционального раздела Базисной НИП (разработка и широкомасштабное внедрение технологических основ обеспечения качества профильной помощи) будет выполнено основное требование, предъявляемое к профессиональной психотерапии и консультированию: обоснование эффективности используемых технологий профильной помощи, разработка соответствующей системы профессиональных стандартов такой помощи и механизмов эффективного контроля качества;

- принципы эффективной саморегуляции в общем поле профессиональной психотерапии, разработанные с активным участием заинтересованных представителей профессионального сообщества, могут и должны учитывать, в первую очередь, интересы потребителей профильных услуг, интересы профессионалов, представляющих признанные психотерапевтические модальности, а так же интересы общества в целом.

Заключение

Таким образом, разработанные современные подходы к интеграции в сфере профессиональной психотерапии показывают перспективу нового, существенно более дифференцированного и проработанного уровня предметности в дискуссии о развитии профессии.

Теперь важно организовать наше профессиональное общение таким образом, чтобы такие открытые дискуссии с глубоким анализом предъявляемых аргументов и позиций проходили, по возможности, на главных событиях психотерапевтического сообщества и оформлялись в стратегические решения по развитию психотерапии.

Список литературы

1. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотер. журнал. – 1992. – № 1. – С.15-32.
2. Катков А.Л. Эпистемологический анализ психотерапевтической теории // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2011. – Т. XVII, № 3. – С. 33-34.
3. Катков А.Л. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование). Монография. – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
4. Катков А.Л. Четвертая революция в психотерапии / Международное Сообщество специалистов в сфере психического здоровья: психологов, психиатров, наркологов, психофармакологов, консультантов, психоаналитиков, психотерапевтов, педагогов, тренеров и социальных работников. – 1.06. 2017. - 58 с.
5. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Ж. Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.

MODERN APPROACHES TO INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY

A. L. Katkov – MD, Professor, rector of International Institute of social psychotherapy, Saint-Petersburg

Abstract: the article by Katkov A. L. "Modern approaches to integration in psychotherapy" examines the current trends in the development of professional psychotherapy. Special attention is paid to the integrative vector of development of the profession. In particular, we analyze traditional and innovative approaches in the integration of professional psychotherapy. The benefits of the innovative integrative approaches in the development of the profession are argued.

Key words: psychotherapy, integrative approaches, innovations.

СТРАСТИ ПО ЗАКОНУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Катков А.Л., д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии, Санкт-Петербург

Аннотация: в статье А.Л. Каткова «Страсти по закону о психологической помощи в РФ» приводятся сведения по наиболее существенным аспектам обсуждаемого законопроекта, привлекающим внимание профессиональных психотерапевтов и психологов Российской Федерации. Анализируются ожидания и отзывы на данный законопроект. Обосновывается позиция профессионального психотерапевтического сообщества по вопросам сотрудничества в разработке новой версии законопроекта.

Ключевые слова: психологическая помощь, психотерапия, закон.

Введение

Тема подготовки законопроекта «О психологической помощи в Российской Федерации» вновь привлекает внимание сообщества психотерапевтов и психологов в связи с информацией о подготовке новой редакции законопроекта.

Открытая позиция по вопросу привлечения заинтересованных профессионалов к обсуждению данного законопроекта, которую в последние месяцы демонстрируют главные инициаторы и энтузиасты подготовки законопроекта – Российское психологическое общество и редакция Психологической газеты – была воспринята нами как сигнал готовности к конструктивному и широкому диалогу по этому крайне важному вопросу.

Прилив оптимизма в наших рядах был вызван и решением Президиума РПО от 20 декабря 2017 г. (п. 2), в котором говорится о необходимости продолжения деятельности рабочей группы по разработке обсуждаемого законопроекта, в частности, с акцентом на задачу «определения видов деятельности для специалистов-психологов в зависимости от уровня квалификации». И вот эта последняя позиция, намекающая на возможность неконфликтного со-существования в нормативном поле профессиональной психологической помощи специалистов с разным уровнем подготовки, в том числе и специалистов-психотерапевтов с профильной подготовкой, полученной в рамках дополнительного образования (будем надеяться) – очень сильно отличается от предшествующих радикальных, в смысле профессиональных ограничений, вариантов законопроекта. Отсюда и встречная активность психотерапевтического научного сообщества, часть которого представлена Общественным ученым советом по психотерапии профильного Национального СРО.

Полагаем, что данные настоящего, сугубо предварительного обзора, и главное – результаты планируемого на заседании ОУС 2 марта 2018 года «мозгового штурма» с открытой интернет-трансляцией и возможностью онлайн-участия всех желающих – внесут свою лепту в подготовку обсуждаемого законопроекта.

Обсуждаемая ситуация в сфере законодательного регулирования психологической помощи в РФ (преамбула, предметность, реакция профессионального сообщества, актуальная проблематика, точки фрустрации, реплики и пр.): что есть на сегодняшний день?

Преамбула. В ходе подготовки версий законопроекта о психологической помощи в РФ, начиная с 2012 года (здесь мы пока что никак не касаемся более ранней по времени и последующей практики законотворчества в сфере регулирования профессиональной психотерапевтической деятельности в РФ) лидеры психологической, психотерапевтической науки и практики, заинтересованные профессионалы высказывались по широкому кругу проблем, имеющих прямое или косвенное отношение к теме нормативного регулирования психологической помощи в РФ.

Стартовым стимулом первой волны таких дискуссий следует считать появление в 2012 году сугубо предварительной версии законопроекта о психологической помощи в РФ, «ходившей» по различным информационным ресурсам. Вторая дискуссионная волна связана с опубликованием проекта Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации», представленного в Государственную Думу 24 июня 2014 года (законопроект отклонен). И, наконец, третья волна дискуссий, не стихающая до настоящего времени, вызвана многократно подтвержденной информацией о подготовке новой версии законопроекта о психологической помощи в РФ.

Здесь же следует сказать и о том, что при подготовке первой и второй версии обсуждаемого законопроекта ни о какой открытости, публичности – даже и в среде профессиональных психологов (не говоря уже о прямых адресантах психологической помощи) – в обсуждении принципиальных и крайне важных позиций такого законотворчества говорить не приходится. Профессиональное и потребительское сообщество попросту ставили перед тем фактом, что такой законопроект разработан, и что после его принятия сектор психологических услуг получит, наконец, законодательную базу нормативного регулирования.

Да и что здесь, собственно, обсуждать, если, по мысли авторов законопроекта (усиленно транспируемой в медийное пространство), именно такое законодательное регулирование способно существенно повысить качество психологической помощи и оградить население от немыслимого количества неподготовленных, неподготовленных или неправильно подготовленных субъектов, только называющих себя «психологами».

Тем не менее, выяснилось, что обсуждать здесь есть что и этого «что», пожалуй, даже слишком много; и, далее, принципиально важная предметность этого «многого» – и для профессионалов, и, конечно, для населения в целом – не позволяет относиться к факту подготовки и принятия обсуждаемых законодательных норм «по касательной».

По-видимому, такого рода констатация и открытая дискуссия по всему перечню встающих здесь в полный рост актуальных профессиональных и социальных проблем – ровно то, чего хотели избежать авторы первых версий законопроекта. Ибо, нужно сказать об этом прямо, бесплодная дискуссия – это, наверное, самый хороший способ «утопить» или, по крайней мере, отодвинуть сущностное решение проблемы на неопределенное время.

В то же время очень многие профессионалы, высказывания которых процитированы в настоящем обзоре, считают, что открытая и конструктивная дискуссия по ключевым позициям идентифицированной предметной сферы обсуждаемой нормотворческой проблематики, да еще и проводимая с активным участием квалифицированного экспертного сообщества, – это как раз и есть самый лучший способ повышения качества процессов нормативного регулирования психологической помощи населению РФ. И эта позиция в ходе прохождения третьей дискуссионной волны по обновленной версии законопроекта (конечно, при соответствующих усилиях профессионального сообщества) может стать доминирующей.

Дело, следовательно, заключается в том, чтобы: 1) правильно обозначить ключевые, в том числе и наиболее фрустрирующие для действующих профессионалов проблемные зоны в обсуждаемом законопроекте о психологической помощи в РФ (данная задача решается, в том числе, и за счет подготовки настоящих материалов); 2) мобилизовать экспертное сообщество на конструктивное обсуждение наиболее важных проблемных вопросов (инициатива редакции «Психологической газеты» и Национального СРО «Союз психологов и психотерапевтов»); 3) обеспечить удобную дискуссионную площадку с полным доступом к получаемым в ходе дискуссии материалам (интернет-трансляция планируемых тематических заседаний Ученого совета по психотерапии Национального СРО «Союз психологов и психотерапевтов», сайт редакции «Психологической газеты» с размещением соответствующих видеоотчетов, специальные видеоконференции и пр.).

Все вышесказанное, с нашей точки зрения, свидетельствует о том, что профессиональное психологическое и психотерапевтическое сообщество – на гребне этой третьей информационной волны, поднятой по поводу обсуждаемого законопроекта – достаточно глубоко, серьезно и критично настроено в отношении будущего своей профессии и своему собственному будущему в этой профессии, и уж точно не намерено полностью отдавать решение этих стратегически важных вопросов в чьи-либо «отдельно взятые» руки.

Предметность. Итак, что же мы обсуждаем? На сегодняшний день какого-либо рабочего варианта современной версии Федерального закона о психологической помощи в РФ в открытом доступе нет и неизвестно, существует ли такая рабочая версия законопроекта.

Вместе с тем, судя по информации, опубликованной в официальных источниках и документах РПО:

1. в рамках деятельности по разработке законопроекта решением ректора МГУ имени М.В. Ломоносова создана межфакультетская рабочая группа, в рамках работы которой были сформулированы начальные предложения об основных вопросах, раскрываемых законом: что такое психологическая помощь и психологическая деятельность; кто может оказывать психологическую помощь; кто является лицом, получающим психологическую помощь;

2. концепция законопроекта была представлена и обсуждена на Съезде Российского психологического общества в г. Казани в октябре 2017 года;

3. в соответствии с решениями, принятыми на Съезде РПО, всем членам Президиума РПО и руководителям региональных отделений было предложено выдвинуть кандидатуры в состав рабочей группы по разработке понятийного аппарата закона;

4. на основании предложений был сформирован и 25.10.2017 г. утвержден на Президиуме РПО состав рабочей группы по разработке понятийного аппарата обсуждаемого законопроекта, в который вошли представители факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, факультета психологии Санкт-Петербургского университета, Института психологии РАН, представители семи региональных отделений РПО;

5. в соответствии с Решением Президиума РПО от 20 декабря 2017 года определено рабочее название законопроекта: «Закон о психологической деятельности в РФ» (*заметим, что во всех предыдущих сообщениях и документах, и даже в этом же решении Президиума РПО от 20 декабря 2017 года приводится первоначальное название законопроекта: «Об оказании психологической помощи населению Российской Федерации»*);

6. в качестве главных задач для поименованной рабочей группы этим же Решением обозначены следующие: 1) определение видов деятельности для специалистов-психологов в зависимости от уровня квалификации; 2) разработка порядка сертификации специалистов (*по-видимому, специалистов-психологов*);

7. в пункте 4 Решения Президиума РПО от 20 декабря 2017 года продекларировано следующее: «Продолжить информирование о ходе создания законопроекта посредством официального сайта РПО, а также практику обсуждения наиболее значимых вопросов в региональных отделениях РПО и на заседаниях Президиума».

Все вышеприведенные факты, с одной стороны, свидетельствуют об относительно более открытой позиции инициаторов и авторов законопроекта. И вместе с тем, если концепция законопроекта сформулирована, представлена и обсуждена на солидном профессиональном форуме, то возникает закономерный вопрос, почему всех этих материалов нет в открытом доступе, где не только действительные члены РПО, но и представители множества других профессиональных ассоциаций, имеющих прямое отношение к оказанию психологической помощи, могут ознакомиться с основополагающими концептуальными тезисами? Соответственно, реанимируются все главные зоны профессиональной фрустрации, относимые не только к предшествующим версиям законопроекта, но и к некоторым «свежим» высказываниям лидеров психологического сообщества, выдержанных в традиционно-ограничительном ключе.

В поле нашего анализа, таким образом, остается только лишь текст предшествующего законопроекта (Федеральный закон «О психологической помощи в российской Федерации» от 2014 года), отдельные сведения об основных концептуальных установках инициаторов современной версии законопроекта, а также тексты действующих Законов, регулирующих сферу оказания психологической помощи на уровне регионов РФ (г.г. Москва, Санкт-Петербург; Ленинградская, Ульяновская области). Этот фактологический материал дополняется анализом многочисленных отзывов, реплик и отдельных высказываний профессионалов, так или иначе вовлеченных в дискуссию о законодательном регулировании психологической помощи (деятельности) в Российской Федерации, опубликованных в доступных источниках.

Исходя из имеющихся в нашем распоряжении данных, представителей профессионального – психологического, психотерапевтического – сообщества интересуют, в первую очередь, следующие вопросы, формирующие предметную сферу дискуссии:

1) *степень открытости в сфере обсуждения нормативного регулирования психологической помощи;*

2) *целесообразность введения законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи в РФ;*

3) *целесообразность разграничения сфер медицинской и психологической психотерапии и охвата законодательным регулированием только лишь сферы немедицинской психотерапевтической помощи (как отдельного вида психологической помощи);*

4) *целесообразность ограничения легального доступа к сектору оказания психологической помощи только лишь для специалистов, получивших высшее, очное психологическое образование в соответствии с установленным Федеральным стандартом высшего психологического образования;*

5) *целесообразность законодательного оформления приоритета (или паритета с государственным) общественно-регулирующего в сфере оказания психологической помощи;*

6) *вопросы профессиональной подготовки специалистов, оказывающих психологическую помощь населению;*

7) *принципы формирования рабочих групп по разработке нормативного регулирования в сфере психологической деятельности, в частности – оказания психологической помощи.*

Из обозначенных наиболее актуальных дискуссионных вопросов, с нашей точки зрения, зонами профессиональной фрустрации являются темы со второй по шестую. Причем дискуссионные темы 3-4 вызывают наиболее ожесточенные споры профессионалов (о чем можно судить по общему количеству реплик и по накалу страстей при обсуждении).

Вектор обсуждения дискуссионных вопросов: основные аргументы – контраргументы

По первой и седьмой позиции актуальных дискуссионных вопросов

В доступных нам материалах наименее обсуждаемыми и эмоционально «заряженными» из приведенного перечня дискуссионных вопросов оказались темы: 1) (степень открытости...) и 7) (принципы формирования рабочих групп...).

Да и в самом деле – что же здесь обсуждать, если максимально возможная степень открытости вопроса законодательного регулирования сферы психологической помощи населению РФ в ходе подъема этой третьей информационной волны будто бы обеспечена со всем возможным тщанием. А действующие рабочие группы включают представителей всевозможных центральных и региональных структур РПО, наиболее известных и авторитетных деятелей психологической науки, компетентных юристов.

Тем не менее, отдельные, весьма квалифицированные профессионалы выступают в открытой печати и с такими заявлениями: «... Конечно, возникает вопрос, почему этим занимается исключительно академическое сообщество, в то время как закон непосредственно касается практиков. И даже если отдельные их представители в этом принимают участие, то явно представители не всех направлений психологической помощи, на которые будет распространяться закон. Во всяком случае, узнать об этом в ситуации «не афишируемых» обсуждений и неочевидных критериев формирования рабочих групп невозможно... Написание закона не должно строиться по принципу «лучше какой-нибудь, чем никакой». Этот инструмент будет влиять на профессиональную деятельность огромного количества профессионалов.... Учитывая законоприменительную практику в России, эти тревоги не выглядят такими уж необоснованными. Чтобы так не случилось, нужно публичное (а не «не афишируемое») и длительное обсуждение законопроекта в контакте с ведущими представителями профессиональных сообществ психологов-практиков из разных сфер» (Кисельникова Н.В., доцент, кандидат психологических наук, заместитель директора по научно-организационному развитию, зав. лаб. консультативной психологии и психотерапии, Психологический институт Российской академии образования, ноябрь 2017).

Солидаризуясь с вышеприведенной профессиональной позицией, мы, в свою очередь, считаем, что как раз из таких «тихих омутов» неафишируемости и неочевидности и поднимаются ростки фрустрирующей неопределенности в профессиональной среде. Но что еще хуже, эти ростки, возможно, и есть начало непоправимых или трудно исправимых ошибок в нормативном регулировании очень непростой сферы оказания психологической помощи населению РФ. Ведь если бы среди уважаемых инициаторов, основных разработчиков и представителей функциональных рабочих групп, теперь уже официально утвержденных в этом качестве, действительно присутствовали опытные эксперты, то они бы начали с того, что: 1) проанализировали существующую в РФ ситуацию в сфере оказания психологической помощи с позиции необходимости принятия-непринятия законодательного регулирования данной сферы деятельности; 2) в случае наличия убедительных аргументов в пользу законодательного регулирования осуждаемой сферы деятельности – обосновали основной вектор такого регулирования и – *внимание!* – необходимую последовательность в разработке и принятии соответствующих законодательных норм; 3) грамотно и со знанием дела аргументировали бы необходимость принятия соответствующего закона перед всеми заинтересованными профессиональными и социальными группами; 4) и уже после создания такого максимально благоприятного контекста в отношении основной идеи законопроекта вынесли бы его рабочую версию на обсуждение в профессиональных сообществах, имеющих непосредственное отношение к сектору психологической помощи (без всякого изъятия), а также в сообществах потребителей профильных услуг; 5) при этом подготовленные представители экспертных групп, безусловно, чувствовали бы себя весьма комфортно в любых, и даже самых острых дискуссиях по вопросам нормативного регулирования в сфере оказания психологической помощи, завоевывая совершенно необходимый для масштабной и эффективной реализации основной идеи законопроекта фронт профессиональной и потребительской поддержки.

В частности, такие эксперты в обязательном порядке должны были бы проанализировать вопрос, являются ли принятые на сегодняшний день модели нормативного регулирования профессиональной психологической деятельности (социального, этического, научного) полноценными и достаточными; дефицитарными и требующими лишь структурных преобразований; тотально неэффективными и требующими радикальных преобразований. И если речь идет о третьем случае, то необходимо определить, за счет каких именно реформ в сфере нормативного регулирования – с включением (*внимание!*) всех поименованных позиций – должны проводиться необходимые радикальные преобразования. Например, если не сформирована отчетливая этическая или научная позиция профессионального сообщества, транслируемая в соответствующие этические и научно обоснованные нормы оформления профессиональной деятельности, то любые вводимые социальные, в том числе и законодательные нормативы, в лучшем случае не приведут, а в худшем – еще и отдалят авторов таких реформаций и профессиональное сообщество в целом от планируемых здесь результатов.

И далее, эксперты, конечно, будут иметь в виду, что решение об использовании законодательного регулирования вопросов оказания психологической помощи имеет смысл принимать только в том случае, когда:

- на уровне профессионального сообщества разработаны и приняты нормы этического и научно обоснованного оформления профессиональной психологической деятельности (базисное предварительное условие);
- существует отчётливая перспектива и многочисленные факты злоупотребления профессией; эти злоупотребления опасны для здоровья, а иногда и жизни людей, и могут быть связаны с отсутствием чётких критериев доступа в специальность, адекватных стандартов подготовки и профессиональной деятельности, и других нормативно устанавливаемых позиций, вследствие чего и появляется необходимость законодательного нормативного регулирования;
- существует необходимость в масштабном и форсированном развитии определённого направления социально-значимой профессиональной деятельности, которое может быть обеспечено лишь при соответствующем нормативном стимулировании данного вида деятельности.

В соответствии с результатами оценки по всем вышеприведенным позициям, экспертные группы в итоге должны определиться с основным вектором разрабатываемой версии законопроекта по следующим номинациям:

- *регулирующий, регламентирующий* (содержание: обозначение границ и утверждение основных

регламентов реализации рассматриваемой сферы деятельности). При этом предполагается, что соответствующим законодательным актом будут утверждаться сложившиеся – этические, научные, организационные – нормы и правила, способствующие росту эффективности профильной деятельности;

- *ограничительный, запретительный* (содержание: введение запретов и санкций за незаконную деятельность, выходящую за рамки жесткого регламента). При этом предполагается, что существует отчетливая перспектива и многочисленные факты злоупотребления профессией. И эти злоупотребления, как правило, связаны с отсутствием проработанных и обоснованных норм профессиональной деятельности;

- *обязывающий, стимулирующий* (содержание: введение норм, стимулирующих ускоренное развитие рассматриваемой сферы деятельности и обязывающих государственные и иные структуры к выполнению данной задачи). При этом подчеркивается особая важность рассматриваемой деятельности для реализации масштабных социальных, экономических и других проектов в сфере государственной политики.

Обоснованный доминирующий вектор законопроекта определяет его структуру и содержание, помогает избежать двусмысленностей и противоречий в толковании утверждаемых норм. Определение такого вектора есть важнейшая задача экспертов, принимающих участие в разработке законодательных инициатив. Адекватное решение этой задачи, собственно, и определяет концептуальную (функциональную, смысловую) основу законопроекта и делает понятной саму идею законодательного регулирования процесса оказания профессиональной психологической помощи и для профессионального сообщества, и для населения в целом. И, наоборот, отсутствие ясности в этом вопросе как раз и порождает чувство неопределенности, фрустрацию и многочисленные спекуляции в отношении обсуждаемой темы.

Существенно облегчило бы решение этих непростых экспертных задач: 1) наличие продуманной, концептуально оформленной и безупречно организационно выстроенной стратегии развития всего комплекса – психологическая наука, профильное образование, практические дисциплины, организация психологической помощи населению – на национальном и региональных уровнях; такие стратегии могут быть приняты как на государственном уровне, так и на уровне профессиональных сообществ; 2) глубоко проанализированный, многолетний опыт нормативного регулирования в рассматриваемых сферах деятельности, с многовекторным исследованием среднесрочных и долгосрочных результатов такого регулирования в регионах со сходными социально-экономическими условиями; 3) возможность многовекторного моделирования социальных процессов, стимулируемых с принятием разрабатываемых законодательных норм, в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах.

При этом понятно, что при наличии ресурсного дефицита по двум первым позициям, экспертам остается использовать возможности дифференцированного социального моделирования.

Хотя бы краткие результаты такой проделанной экспертами аналитической работы с четко оформленными выводами и обоснованием концепции законопроекта обычно приводятся в пояснительной записке, прилагаемой к рабочей версии законопроекта. Однако в нашем случае мы ничего такого не видим. Что, на наш взгляд, и вызывает вполне закономерную и в целом тревожную реакцию профессионального сообщества, распределяемую по всей «линейке» актуальной дискуссионной тематики.

По второй позиции актуальных дискуссионных вопросов (целесообразность введения законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи в РФ)

По материалам свежих публикаций конца 2017 года, относимых уже к современной ситуации в сфере разработки интересующего нас законопроекта, высказываются следующие аргументы в пользу законодательного регулирования психологической помощи.

- Проблема обеспечения россиян профессиональной психологической помощью требует законодательного регулирования и введения обязательной сертификации специалистов, так как качество подготовки психологов в России оставляет желать лучшего;

- Законодательство могло бы отрегулировать и определить, кто такой психолог, что такое психологическая помощь, кто несет ответственность в случае некачественной психологической помощи, которая может нанести вред здоровью, развитию или жизни обратившихся (декан факультета психологии МГУ имени Ломоносова, президент РПО, доктор психологических наук, профессор Ю. П. Зинченко, из публикации РИА Новости, ноябрь 2017).

- В первую очередь закон нужен потому, что границы и сфера деятельности психологов до конца нигде не определены, часто они смешиваются с медицинской деятельностью.

- Существует серьезная проблема, связанная с отграничением профессиональной психологической помощи от психотехнических услуг сомнительного свойства, которых на рынке очень много, – экстрасенсорика, магия, парапсихология и пр.

- Вторая задача этого закона – уточнение прав и обязанностей не только специалиста, но что особенно важно – клиента, который обращается за помощью. Сейчас единственная защита клиента – профессиональная ответственность специалиста. Нет ограничивающих факторов по использованию методов помощи, нет ограничений по нераспространению информации о клиенте (глава психологической службы МЧС Ю.С. Шойгу, из интервью газете «Известия», 2017).

- Закон нужен в первую очередь потому, что в настоящее время огромное количество людей страдает, оказывается травмированным людьми, называющими себя психологами и ими не являющимися.

- На первом месте в принятии закона должны быть интересы клиентов, интересы граждан России, осознание того, что необходима серьезная забота о ментальном здоровье, что оно не менее важно, чем здоровье физическое (Прихидько Алена Игоревна, кандидат психологических наук (Россия), doctoral candidate University of Florida (США), Гейнсвилл (США) / Психологическая газета, ноябрь 2017).

- Цель законопроекта: «установление на федеральном уровне единых стандартов организации психологической помощи населению, единых основ деятельности лиц, оказывающих психологическую помощь, и

определение порядка деятельности органа, регулирующего организацию психологической помощи» (доцент кафедры истории государства и права юридического факультета Г. М. Давидян / Материалы по тематическому круглому столу, Психологическая газета, октябрь 2017).

- Основные аспекты профессиональной системы, которые должен регулировать закон: допуск на рынок; профессиональный стандарт; профессиональная ответственность (старший преподаватель кафедры политической психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, член Этического комитета РПО А. И. Ватулин / Материалы по тематическому круглому столу, Психологическая газета, октябрь 2017).

Все эти и многие другие, схожие по содержанию и по смыслу аргументы в самом первом приближении говорят лишь об одном: реальное положение, существующее в сфере оказания профессиональной психологической помощи населению РФ, мало кого устраивает. Однако убежденность в том, что эту действительно насущную проблему можно и должно решать с помощью принятия соответствующего Федерального закона и что такое законодательное регулирование должно состояться в самом ближайшем будущем, разделяют далеко не все представители профессионального сообщества.

В данной связи приводятся следующие тезисы-контраргументы:

- Внутри сообщества нет пока единства взглядов на эффективность тех или иных технологий психологической помощи.

- Вообще не ясно, с учетом уникальности каждого случая, на современном этапе подлежит ли алгоритмизации и соответствующей регламентации психологическая помощь.

- Отсюда сомнения в целесообразности законодательного регулирования данной сферы деятельности (Е. В. Лиознова, педагог-психолог высшей категории, канд. психол. наук, доцент СПбГПМУ, профессор Балтийской педагогической академии, ноябрь 2017).

- Общий контекст и правоприменительная практика, существующие на сегодняшний день в РФ, не способствуют эффективному нормативному регулированию в сфере оказания психологической, психотерапевтической помощи.

- Большая часть сообщества ничего хорошего от такого регулирования не ждет и поэтому лучше оставить все как есть (С.М. Бабин, Президент РПА, д.м.н., профессор / из выступления на Саммите психологов, июнь 2017).

- Огромное количество психологов считают, что закон им не нужен, поскольку такой закон станет только лишь способом перераспределения денежных средств, которые люди будут платить за лицензированный доступ к оказанию психологической, психотерапевтической помощи ((А. И. Прихидько, кандидат психологических наук (Россия), doctoral candidate University of Florida (США) Гейнсвилл (США) / Психологическая газета, ноябрь 2017);

- Принятие закона нецелесообразно в связи с неприемлемыми ограничивающими позициями, озвученными в «свежих» тезисах инициаторов принятия закона, либо в предшествующих опубликованных версиях законопроекта (данная позиция, поддерживаемая множеством противников принятия законопроекта, более подробно рассматривается в нижеследующих тематических подразделах).

- Цитируемые нами наиболее показательные реплики как в пользу, так и против законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи, на наш взгляд, свидетельствуют о следующем:

- противоречивые и часто полярно противоположные оценки целесообразности законодательного регулирования сферы оказания психологической помощи (психологической деятельности), высказываемые лидерами профессионального сообщества, выходят за рамки традиционного сопротивления профессиональной среды любым попыткам обновления нормативным требованиям к их деятельности – уж слишком серьезными представляются выдвигаемые контраргументы;

- из содержания приведенных доводов в пользу принятия соответствующего закона следует вывод о приоритете, во-первых, *регулирующего, регламентирующего* вектора рассматриваемого законопроекта (говорится о необходимости обозначения профессиональных границ, утверждение основных регламентов рассматриваемой сферы деятельности). А во-вторых – *ограничительного, запретительного* вектора (озвучена возможность введение запретов и санкций за незаконную деятельность, выходящую за рамки жесткого регламента в связи с многочисленными фактами злоупотребления профессией);

- из содержания контраргументов в отношении принятия соответствующего закона следует, что такие регламентирующие нормы (научно обоснованное нормативное регулирование, выведение на этой основе адекватных профессиональных стандартов и других эффективных технологий управления качеством оказываемой помощи) в сфере оказания психологической помощи не разработаны, нет даже и профессионального консенсуса по этому вопросу. И, собственно, законодательно утверждать-то здесь особо нечего. Причем такие реплики исходят не от «людей с улицы» с огульным отрицанием всего и вся, а от грамотных, квалифицированных профессионалов, настроенных на конструктивное обсуждение встающих здесь в полный рост проблем;

- таким образом, в отсутствие даже и какого-то намека на *стимулирующий* вектор законопроекта во всех анализируемых нами текстах, обязывающий государственные и иные структуры к выполнению задач по ускоренному развитию сферы психологической деятельности (что выглядело бы вполне логичным в связи с явным дефицитом научно обоснованного, нормативного регулирования в сфере управления качеством психологической помощи, не говоря уже о профессиональной психологической деятельности в целом), нелицеприятная интерпретация всей этой законотворческой активности у существенной части профессионалов представляется вполне объяснимой;

- экспертная проработка «основного каркаса» (на последнем круглом столе, проводимом в октябре 2017 года в рамках съезда РПО, было заявлено, что такой «каркас» уже разработан) готовящегося законопроекта, в связи со всем сказанным, выглядит неубедительной. И напротив, вполне убедительной выглядит версия, что экспертным группам –

а нас информируют о том, что таковые сформированы – попросту не на что опереться в смысле «оглушительного» отсутствия научно обоснованной, на долгую перспективу разработанной и внятно сформулированной стратегии развития психологической науки и практики в Российской Федерации. Такой стратегии, которая, с одной стороны, разделяется и поддерживается профессионалами, а с другой – является основой государственной и общественной политики в этой важнейшей области, реализация которой только лишь в случае наличия такой необходимости оформляется законодательно (к обсуждению данного важнейшего вопроса мы еще вернемся в следующем разделе настоящего материала);

- похоже и на то, что доступные на сегодняшний день возможности моделирования социальных последствий принятия законопроекта (при условии сохранения главных ограничительных тезисов допуска к сектору оказания психологической помощи для действующих профессионалов) также были проигнорированы основными разработчиками новой версии законопроекта. Иначе трудно объяснить, почему же очевидная несостоятельность предлагаемой ограничительной нормы – и для декларируемой защиты населения от психотехнических услуг сомнительного свойства, и для обеспечения психологического благополучия населения – осталась без пристального внимания экспертов. Ведь случись такое, ранок психотехнических услуг – немедленно, бесповоротно и без шансов на обратный ход – перераспределится бы как раз в пользу вот этого «сомнительного» парапрофессионального сектора, еще и с подавляющим выигрышем в конкуренции с урезанным, но зато вполне «академическим» сектором оказания психологической помощи.

По третьей (целесообразность разграничения сфер медицинской и психологической психотерапии и охвата законодательным регулированием только лишь сферы психологической психотерапии) **и шестой** (профессиональная подготовка специалистов, оказывающих психологическую помощь населению) **позициям актуальных дискуссионных вопросов.**

По третьей позиции, в связи с обсуждением законопроекта о психологической помощи в РФ, также высказываются мнения как «за», так и «против» разделения психотерапии на «медицинскую», относимую к видам медицинской помощи и регулируруемую соответствующими нормативными положениями и приказами Министерства здравоохранения РФ, и «психологическую», относимую к видам психологической помощи и регулируемую положениями обсуждаемого законопроекта.

Да и какие, собственно, здесь могут быть аргументы «против», когда понятно, что существующая система допуска к оказанию психотерапевтической помощи населению РФ абсолютно недееспособна. Так, согласно утвержденным на сегодняшний день, квалификационным требованиям МЗ РФ, специалистом-психотерапевтом может быть изначально врач-психиатр с минимальным трехлетним стажем работы по этой специальности и дополнительным образованием по курсу психотерапии. Таким образом, при сохранении таких неадекватно-жестких нормативов допуска к профессии и существующем остром дефиците специалистов-психиатров в РФ, ни о каком развитии и приближении психотерапевтической помощи к населению и речи быть не может. Следовательно, необходимо менять систему допуска к оказанию психотерапевтической помощи, и почему бы не в рамках идеи о «психологической психотерапии», обозначенной в версии законопроекта о психологической помощи 2014 года. И, кроме того, любое «проникновение» каких-либо, и в том числе психологических услуг на «территорию» медицинской помощи, сразу же осложняет процесс нормативного регулирования в связи с необходимостью многочисленных согласований с действующим здесь законодательством. Очень похоже, что вот такая «головная боль» точно не нужна инициаторам и разработчикам законопроекта.

Между тем, вопросы остаются. Такое вроде бы очевидно-простое и действенное решение по разделению сферы профессиональной психотерапии на два отдельно регулируемых сектора функциональной активности – профессиональной работы со «здоровой» частью населения, имеющей психологические проблемы, и «больной» частью населения, имеющей ... вот здесь и начинаются сложности... биологические, психопатологические или те же психологические, но только связанные с более глубокими нарушениями процесса адаптации, проблемы – насколько оно вообще адекватно и оправдано? И если психотерапевтическая помощь – это, по своей сути, не столько работа с проблемными состояниями, сколько с сохранной, потенциально-ресурсной психикой клиента, то существуют ли надежные критерии определения специфики такой психотерапевтической работы с «больной» и «здоровой» частью населения, начиная с того, что их необходимо как-то отделять друг от друга, и такое разделение не всем понравится?

И как тогда быть с той более чем многочисленной категорией клиентов, которая и обращается-то к психологам-психотерапевтам (а не к психиатрам или наркологам) лишь только потому, что категорически не хочет признавать себя больной частью населения, но при этом нуждается в квалифицированной оценке имеющихся у них предболезненных или болезненных расстройств и в соответствующей комплексной терапии? Не правильнее ли при этих реально существующих обстоятельствах предположить, что гораздо более конструктивным ходом будет как раз унификация в подготовке специалистов-психотерапевтов, способных эффективно работать с клиентами, «располагающимися» на всех возможных уровнях адаптации – комфорта, напряжения, предболезни, болезни (ремиссия, компенсации, декомпенсации, терминальной стадии) – квалифицированно определять эти уровни, обеспечивать конструктивное сотрудничество со смежными специалистами при наличии такой необходимости и нести адекватную долю ответственности за результат? И, соответственно, предположить, что если такой унификации не произойдет (а при условии реализации предлагаемого разделения профессиональной психотерапии на два отдельно функционирующих сектора такое развитие событий вполне предсказуемо), то существенно возрастут риски, что основная часть клиентов, нуждающихся в квалифицированной, комплексной помощи и не проявленных в этом качестве, надолго «завяжет» в лабиринтах разделенной профессии без какой-либо пользы для себя? Не правильнее ли думать, что в этом случае социальная «цена» такого упрощенного «разделительного» решения будет уж слишком велика, чтобы считать его хоть сколько-нибудь разумным и обоснованным; и что все сложности по регулированию вопросов оказания психотерапевтической помощи как единой профессиональной практики представляются уж слишком преувеличенными?

В ключе всего сказанного выстраиваются и знаковые тематические реплики участвующих в дискуссии профессионалов:

- Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют... Например, в отличие от традиционно-медицинского подхода, динамическая психодиагностика и динамическая терапия предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами (М.М. Решетников, профессор, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, ректор Восточно-Европейского института психоанализа, Санкт-Петербург /О медицинской и психологической моделях психотерапии, 2017).

- Термин «немедицинская психотерапия» не имеет хождения в цивилизованных странах с развитой системой психотерапевтической помощи. Психотерапия признана как самостоятельная, единая специальность с унифицированными правилами допуска к профессиональной психотерапевтической деятельности. Это крайне сложное и многогранное понятие. Немедицинская – вовсе не значит психологическая. Зачастую невозможно разграничить медицинскую и немедицинскую психотерапию. Специалисты с высшим медицинским образованием, получившие дополнительное профессиональное образование по специальности «психотерапия», в соответствии с вышеназванными законодательно оформленными установками смогут оказывать психотерапевтическую помощь нуждающимся лицам лишь в случае установления ими диагноза психических и поведенческих расстройств, так как во всех других случаях их деятельность может квалифицироваться как «немедицинская психотерапия» и расцениваться как нелегальная (В.В. Макаров, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии РАПО, президент ОППЛ, президент Национального СРО «Союз психотерапевтов и психологов» / Отзыв и предложения по изменениям и дополнениям к проекту Федерального закона «О психологической помощи населению Российской Федерации», 2014).

- То, что специальность «психотерапевт» может на законодательном уровне стать прерогативой медиков, отбрасывает нас действительно в доисторические времена (Е. Ю. Уголева, семейный терапевт, заведующая кафедрой семейной системной терапии Института практической психологии «Иматон», Санкт-Петербург / Закон о психологической помощи. Вернёмся в «каменный век»? Психологическая газета, январь 2018).

- В мировой практике психотерапия рассматривается в качестве одного из инструментов деятельности психолога, является официальным направлением его профессиональной подготовки и деятельности. Рассмотрение психотерапии как исключительно медицинской области практики является пережитком советского прошлого, в котором психологическая помощь отсутствовала как факт. Закрепление такого подхода на законодательном уровне заставит существующие в течение многих лет программы психотерапевтической подготовки маскироваться под психологическое консультирование и «выбросит» их из общемировой системы обозначения этого вида работы психолога, в том числе создавая барьеры коммуникации с международным сообществом. Передача регулирующих функций в ведомство Минздрава по этой же причине выглядит нонсенсом и абсолютно непродуманным шагом (Н. В. Кисельникова, доцент, кандидат психологических наук, заместитель директора по научно-организационному развитию, зав. лаб. консультативной психологии и психотерапии Психологического института Российской академии образования, Москва / Закон нужно обсуждать публично. Психологическая газета, ноябрь, 2017).

- Необходимого количества психотерапевтов из числа врачей-психиатров мы не получим. Да это и не нужно, ведь врач идеологически настроен нозоцентрически, тогда как психотерапевт-психолог лучше знает норму и стремится к оздоровлению пациента... Во всех странах психотерапевты в основной своей массе – не врачи, что не мешает им быть эффективными... Следует выделять два уровня сложности в решении данной проблемы: организационно-бюрократический и профессионально-практический. Первый отражает давнее нежелание высшего руководства в области психологии и психиатрии найти консенсус и решить проблему применительно к человеку (клиенту-пациенту). Второй связан с необходимостью реформирования базисных программ подготовки профессионалов (Ю.С. Шевченко, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии РАПО /Психолог-психотерапевт! Почему нет? Психологическая газета, январь 2018).

Таким образом, анализ дискуссионных установок по третьему проблемному вопросу так или иначе привлекает внимание к содержанию шестого дискуссионного вопроса, связанного с профессиональной подготовкой специалистов психологического и психотерапевтического профиля.

В данной связи участвующие в обсуждении законопроекта профессионалы высказывают следующие тезисы:

- Сначала нужно менять систему подготовки психологов-консультантов, а уже потом или параллельно принимать закон. Если принимать закон о психологической помощи, то сначала должны быть унифицированы требования к государственным образовательным программам, которые готовят психологов, оказывающих психологическую помощь, или психотерапевтов. Должно быть прописано количество часов очной и заочной работы, определены курсы, требуемые для того, чтобы подать документы в интернатуру после окончания вуза Инициативной группе, работающей над законом о психологической помощи, необходимо внимательно ознакомиться с практикой организации обучения психотерапевтов-неврачей, организации процесса лицензирования и деятельности органа, аккредитующего программы подготовки психологов-практиков в других странах (А. И. Прихидько, кандидат психологических наук, doctoral candidate University of Florida, Гейнсвилл (США)/ Необходимы и закон, и реформа образования психологов. Психологическая газета, ноябрь 2017).

- Традиционная проблема в сфере подготовки профессиональных психологов-психотерапевтов у нас следующая: многие психологи традиционно (еще со студенческой скамьи) негативно относятся к психиатрии и медицине в целом и в своем профессиональном мировоззрении отличаются «бестелесностью». Они не только не интересуются клиническим диагнозом своих пациентов («психолог диагнозов не ставит»), но и собственную (патопсихологическую) диагностику зачастую игнорируют. Их терапевтическая деятельность больше мотивируется желанием собственной творческой самореализации, чем конкретной проблематикой больного. Отсюда нередки случаи многолетнего пользования

пациентов, нуждающихся в медикаментозном лечении в результате игнорирования психопатологической картины заболевания и сосредоточенности на гипотетически-мифологическом восприятии клинического случая. В принципе, подготовка психотерапевтов из числа клинических психологов и узаконивание их статуса не только возможна, но и необходима. Психолог-психотерапевт должен иметь не только равные права с врачом-психотерапевтом, но и нести равную ответственность за жизнь и здоровье пациента. Для работы в клинике (взрослой или детской) психолог-психотерапевт должен пройти усовершенствование на соответствующих медицинских кафедрах, располагающих необходимой клинической базой (Ю. С. Шевченко, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии РАПО /Психолог-психотерапевт! Почему нет? Психологическая газета, январь 2018).

- Велосипед изобретать не стоит: психотерапевтом, согласно Страсбургской декларации, может быть человек, получивший серьезную постдипломную практическую и теоретическую подготовку в одном из признанных психотерапевтических подходов. А также прошедший личную психотерапию и получающий супервизию в установленном объеме. (Е. Ю. Уголева, семейный терапевт, заведующая кафедрой семейной системной терапии Института практической психологии «Иматон», Санкт-Петербург / Закон о психологической помощи. Вернёмся в «каменный век»? Психологическая газета, январь 2018).

- Каждый из специалистов-клиницистов (психотерапевтов и клинических психологов) либо психологов должен иметь соответствующий образовательный багаж – базовое образование (либо переподготовку), дополнительное образование в специальном направлении деятельности. Документы о получении такого профильного образования должны предоставляться в соответствующие государственные или негосударственные организации, либо в саморегулирующиеся профессиональные организации. Разработка и утверждение этих критериев поможет легализовать деятельность профессионалов в сфере оказания психологической помощи (И. В. Сусанина, доцент, кандидат психологических наук, ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии Рязанского государственного медицинского университета /Психологическая газета, февраль 2018).

С нашей точки зрения, приведенные реплики лишней раз убеждают в том, что для начала все же необходимо определяться с «внутренними» принципами и нормативами выстраивания профессиональной подготовки специалистов, оказывающих психологическую, в том числе психотерапевтическую помощь, а затем уже утверждать эти проработанные нормы законодательно. И далее – в том, что само возникновение вопроса о необходимости «разграничения» психотерапии на медицинскую и психологическую есть следствие неполноты и неприемлемых дефектов, присутствующих в сфере профессиональной подготовки этих специалистов. Но, кроме того, ответственный и научно-обоснованный подход к разработке образовательных стандартов для специалистов, действующих в сфере оказания психологической помощи, проясняет и во многом снимает главную фрустрирующую проблему, возникающую в связи с обсуждением рассматриваемого законопроекта.

По четвертой позиции актуальных дискуссионных вопросов (целесообразность ограничения легального доступа к сектору оказанию психологической помощи только лишь для специалистов, получивших высшее, очное психологическое образование в соответствии с установленным Федеральным стандартом высшего психологического образования)

Как уже ранее отмечалось, настоящая позиция и, главным образом, сохраняющаяся неопределенность по вопросам доступа к оказанию профессиональной психологической помощи и в ходе хождения третьей волны обсуждения законопроекта (несмотря на некоторые обнадеживающие заявления последних месяцев) остается основной зоной фрустрации в профессиональной среде. К тому же понятно, что вполне очевидный *ограничительный, запретительный* вектор выстраивания логики готовящегося законопроекта – а пока что нет никаких явных признаков того, что здесь что-то в корне поменялось –осложняет и без того непростую ситуацию в отношении практических психологов и лиц, получивших только лишь дополнительную подготовку по профилю определенной психотерапевтической модальности. Напомним, что в соответствии с версией закона от 2014 года и те и другие лишаются легального доступа к оказанию психологической помощи со всеми выводимыми отсюда последствиями для своего социального статуса.

Данную ситуацию участвующие в дискуссии профессионалы комментируют следующим образом.

- Когда мы прописываем, кто такой специалист-психолог, – мы в законе предъявляем определенные требования к квалификации. Это уровень образования не ниже высшего. Нельзя работать психологом, окончив двухмесячные курсы (глава психологической службы МЧС Ю.С. Шойгу, из интервью газете «Известия», 2017).

- Количество знаний в области психологической помощи не определяет успех. Высшее психологическое образование, безусловно, важно, но вузы, осуществляющие академическое образование, практических психологов не выпускают – лишь знакомят с методами и подходами ... «остепененные» коллеги, многое сделавшие для науки и преподавания, зачастую не имеют существенного опыта работы в практической психологии (Е. В. Лиознова, педагог-психолог высшей категории, канд. психол. наук, доцент СПбГПУ, профессор Балтийской педагогической академии, ноябрь 2017).

- Система академического образования психологов... мало что дает для практики психологического консультирования (Н.Д. Линде, к.п.н., президент Центра эмоционально-образной психотерапии / Отзыв на закон о психологической помощи, 2014).

- Постановка в качестве цели законопроекта «установления на федеральном уровне единых стандартов организации психологической помощи населению, единых основ деятельности лиц, оказывающих психологическую помощь» представляется утопической и в корне неверной, поскольку предполагается, что законом будут охвачены самые разные виды психологической помощи, к тому же оказываемые в разных сферах и системах. Требования как к подготовке специалиста в этих областях, так и к стандартам организации помощи, обладают спецификой, учесть которую невозможно или крайне сложно в рамках единого закона – это задача «объять необъятное» (Н. В. Кисельникова, доцент, кандидат

психологических наук, заместитель директора по научно-организационному развитию, зав. лаб. консультативной психологии и психотерапии Психологического института Российской академии образования, Москва /Закон нужно обсуждать публично, Психологическая газета, ноябрь, 2017).

- Понятно, что авторы законопроекта здесь пошли по самому простому пути: психологическую помощь – любую, а не только определенные виды, требующие специальной квалификации – могут оказывать только специалисты-психологи с высшим психологическим образованием и никто больше. Попутно следует уточнить, что в настоящем законопроекте к психологической помощи причисляются и такие ее виды, как психологическая профилактика, психологические тренинги, психологическое консультирование, которые, к примеру, являются стержневыми технологиями так широко рекламируемого психологического сопровождения образовательного процесса в РФ. И вот вопрос: а кто же будет осуществлять этот амбициозный проект во всем образовательном пространстве Российской Федерации, неужто только лишь выпускники престижных психологических факультетов, соответствующие высоким профессиональным кондициям авторов цитируемой версии законопроекта? И каким же образом в этом случае будут реализованы главные тезисы будущего закона: «Обеспечение социальной защищенности и психологического благополучия населения РФ... Обеспечение доступа граждан к квалифицированной психологической помощи»? В самом деле, неплохо, когда «правая рука» энтузиастов-инициаторов такого нормотворчества хотя бы в курсе того, что собирается делать их «левая рука» (А.Л. Катков, д.м.н., профессор / О новой кампании по продвижению проекта Федерального закона «О психологической помощи населению в РФ», Психологическая газета, 2017).

- С принятием закона о психологической помощи.... очень многим действующим психотерапевтам придется либо стать арт-корректорами, семейными помощниками и гештальт-консультантами..., либо уйти в подполье (А. Балунев, действительный член Российского психологического общества / Психологическая газета, 2017).

То есть, во-первых, у специалистов, которые профессионально занимаются подготовкой кадров психологического и психотерапевтического профиля, мягко говоря, нет никакой уверенности в том, что планируемое ограничение допуска к оказанию психологической помощи только лишь для лиц с высшим психологическим образованием реально способно повысить качество такой помощи. Во-вторых, такие ограничения, способны критически снизить объемы легально оказываемой психологической помощи. Ну а в-третьих, в этом случае есть все шансы на пополнение армии парапрофессионалов, пока что уверенно лидирующих на всех психотехнических фронтах.

И теперь главное – а не есть ли все эти контрдоводы обычной защитной реакцией группы консервативно настроенных профессионалов? И вообще, насколько обоснованы все вот эти сомнения в дееспособности высшего психологического образования, применительно к вопросам оказания квалифицированной психологической (психотерапевтической) помощи? Ведь если однозначно доказано, что специалисты с дополнительным психологическим (психотерапевтическим) образованием существенно менее эффективны в практической работе с клиентами, чем академически образованные психологи, то и говорить не о чем. Но если вдруг выяснится, что все ровно наоборот, то какой тогда смысл во всех этих законодательных ограничениях? Не правильнее ли в этом случае будет использовать продуманный, дифференцированный доступ к сектору психологической (психотерапевтической) помощи в полном соответствии с компетенцией, полученной при прохождении лицензионного курса подготовки? В этом, последнем случае и всплывают действительно важные, стержневые вопросы сущностного содержания стандартов подготовки таких специалистов – и вслед за этим вопросы научной обоснованности, полноты и функциональной дееспособности всего теоретического и практического материала, на основании которого были или будут разработаны эти стандарты. Все эти важнейшие вопросы, хотим мы этого или нет, однозначно упираются в проблему дееспособного, научно обоснованного нормирования в рассматриваемом секторе профессиональной деятельности... и далее, здесь у нас что... молчание? А если нет, то где же все эти необходимые в данном случае аргументы?

По пятой позиции актуальных дискуссионных вопросов (целесообразность законодательно оформляемого приоритета (или паритета с государственным) общественного регулирования в сфере оказания психологической помощи)

По данной позиции аргументами против выдвигаемого здесь тезиса являются утверждения, что ни общество в целом, ни профессиональное сообщество в частности – пока еще не готовы к законодательному оформлению приоритета профессиональной самоорганизации в сфере психологической помощи в РФ (А.И. Прихидько, 2017; С.М. Бабин, Д.А. Леонтьев / Дискуссия на саммите психологов, июнь, 2017).

Вместе с тем большинство участвующих в дискуссии профессионалов относятся к идее совмещения государственного и общественного регулирования – с паритетом или без паритета в одну или другую сторону – достаточно спокойно. Было бы что регулировать, и на основании чего выстраивать дееспособную регулирующую функцию.

Тем не менее, здесь нужно прямо говорить и о том, что лидеры и другие заметные фигуры профессиональных ассоциаций психологического и психотерапевтического профиля, действующих в Российской Федерации, уж очень редко демонстрируют примеры консолидированного и эффективного взаимодействия в общем профессиональном поле. Хотя бы даже и в сфере разработки общих стандартов или правил нормативного регулирования профессиональной деятельности. И наоборот, слишком часто мы являемся свидетелями примеров неприятия, конфронтации и огульных обвинений в непрофессионализме, конформизме и прочих грехах, которые наши вперед смотрящие коллеги продуцируют с невиданной энергией, но которые затем мутными волнами расходятся по всему профессиональному сообществу, конечно, не вселяя оптимизма в отношении перспектив эффективной самоорганизации в нашей общей профессиональной среде.

Вместе с тем здесь есть и другие примеры, которые целесообразно обсуждать в следующем разделе. Пока же вопрос о «доле» профессионального саморегулирования в общем законодательном поле тесно увязан с предшествующим наиболее спорным вопросом о границах допуска специалистов с дополнительным профильным образованием к легальному сектору оказания психологической помощи. Здесь надо иметь в виду, что наиболее дееспособные профессиональные

ассоциации в РФ, действующие в сфере психотерапии, как раз и объединяют специалистов, получивших дополнительное, а не базовое высшее психологическое образование. И надо понимать, что эффективное и гибкое регулирование деятельности именно таких специалистов возможно только лишь с привлечением соответствующих профессиональных ассоциаций, объединяемых в зонтичную саморегулируемую организацию национального уровня. Конечно, при условии, что такая зонтичная организация будет выполнять прежде всего ресурсные функции, и только во вторую очередь – функции отраслевого национального регулятора.

Понятно и то, что при возобладании здравого смысла и решении главного вопроса в пользу сохранения легального доступа к сектору оказания психологической помощи для основного числа действующих здесь специалистов, необходимость законодательного оформления приоритета эффективного общественного регулирования в рассматриваемой сфере деятельности не будет вызывать никаких сомнений и тем более опасений. Такая норма будет восприниматься как вполне естественная и единственно возможная.

Обсуждаемая ситуация в сфере законодательного регулирования психологической помощи в РФ: чего нет, но должно быть?

Итак, в связи со всем сказанным попробуем сформулировать основные информационные дефициты, препятствующие эффективному нормативному регулированию в сфере оказания профессиональной психологической помощи. С нашей точки зрения, такими абсолютно неприемлемыми в данном случае дефицитами являются следующие.

1) Дефицит осмысленного, концептуально оформленного базиса в сфере психологической науки («академической» и прикладной); отсутствие соответствующей, концептуально оформленной и адекватно выстроенной стратегии развития полного комплекса – психологической науки (с проработанными, научно обоснованными принципами обеспечения психологической безопасности населения, нормирования-стандартизации в сфере психологической деятельности); профильного образования; практических психологических дисциплин; организации психологической помощи населению – на национальном и региональных уровнях; выводимой отсюда последовательности этапов нормативного регулирования профессиональной психологической деятельности, включая оказание психологической помощи населению РФ.

Такая стратегия, как уже было сказано, может утверждаться на государственном уровне, и тогда она оформляется в соответствующую государственную программу развития психологической науки и практики (разработка и принятие законов по нормативному регулированию – здесь только необходимая часть такой программы). Но эта же стратегия может быть принята и на уровне профессионального сообщества, и выполнять функцию ресурсной системы координат в деле развития психологической науки и практики.

Здесь важно выделить то обстоятельство, что нормативное регулирование в данном случае является осмысленным, *проспективным* (т.е. выводимым из всего стратегического контекста) действием, которое закономерно приводит к планируемому результату. Что в корне – в том числе и в смысле прогнозируемых последствий – отличается от *реактивных* нормотворческих попыток хоть как-то реагировать на ситуацию неуправляемого хаоса в сфере бурно развивающегося рынка психотехнологий.

Приведенная оценка состояния отечественной психологической науки – с чего, собственно, все и начинается – исходит от наиболее достойных ее представителей (А.В. Юревич, 1999, 2001, 2005, 2008; В.А. Мазилов, 2006; А.Н. Ждан, 2007; В.А. Кольцова, 2007; А.Г. Асмолов, 2017; Ю.П. Зинченко, 2017: из выступлений на VI Съездах Российского психологического общества).

То же самое можно сказать и об оценке динамики качественного роста психологической науки. Критическая оценка такой динамики озвучивалась на V (Настоящее и будущее российской психологии: мнения ведущих специалистов / Национальный психологический журнал, 2012) и на VI Съездах Российского психологического общества (Отчетный доклад президента РПО, академика РАО, доктора психологических наук, профессора Ю.П. Зинченко).

Опубликованные в 2016 году результаты проведенного в РФ форсайт-исследования (Т.А. Нестик, А.Д. Журавлев, А.В. Юревич. Прогноз развития психологической науки к 2030 году / Ярославский педагогический вестник, 2016), будем надеяться, первые шаги к разработке такой осмысленной стратегии развития психологической науки в нашем пространстве. А факт утверждения в декабре 2017 года Концепции развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года свидетельствует только лишь о том, что если задачи – пусть и разработки гораздо более масштабной стратегии развития психологической науки и практики в РФ – ставятся, то они и выполняются.

2) Дефицит полномасштабной и комплексной экспертной оценки ситуации в сфере нормативного регулирования психологической деятельности в РФ. В частности – экспертной оценки состояния научно обоснованного, социального и этического нормирования такой деятельности с выведением приоритетного и адекватного на сегодняшний день вектора нормативного регулирования оказания профессиональной психологической помощи.

3) И далее, отсутствие какого-либо аргументированного обоснования последовательности применения основных векторов законодательно оформляемого, нормативного регулирования профессиональной психологической деятельности, в том числе деятельности по оказанию психологической помощи населению РФ.

4) Отсутствие внятной концепции или рабочей версии и полномасштабной пояснительной записки основного документа обсуждаемого законопроекта в открытом, либо даже в ограниченном (только для профессионалов) доступе.

В такой ситуации, как уже было сказано, дебатировать лишь фрустрирующие фантомы предшествующих версий закона, различные проекции и домыслы (т.е. «страсти», а не фактологические аргументы, как это должно быть), отнюдь не способствующие процессу профессиональной консолидации вокруг идеи вхождения российской психологической науки и практики в проработанное правовое поле.

5) *Отсутствие, в силу всего сказанного, предметной конструктивной дискуссии по теме эффективного нормативного регулирования психологической деятельности, включая вопросы оказания психологической помощи населению РФ.*

Какие дополнительные ресурсы могут быть использованы экспертными группами в настоящем времени?

Понятно, что разработать в короткое время дееспособную концепцию развития психологической науки и практики, и даже отдельно взятой национальной системы психологической помощи населению РФ (а эти вопросы, как мы стремились показать, взаимосвязаны) вряд ли получится. Однако продуманные шаги в этом направлении могут и должны быть сделаны, и анонсированы в профессиональном сообществе. Масштабная и комплексная ревизия оценки ситуации в сфере существующего на сегодняшний день нормативного регулирования психологической деятельности в РФ может и должна быть проведена. И далее, должна быть аргументирована и выстроена адекватная временная последовательность использования основных векторов законодательного регулирования в секторе оказания психологической помощи населению РФ.

Безусловно, должен быть проанализирован и опыт законодательного регулирования деятельности по оказанию психологической помощи в регионах РФ, в странах со сходными социально-экономическими условиями. И, конечно, необходимо рассматривать предлагаемые альтернативные версии законопроектов с близкой тематикой.

Здесь мы обращаем внимание экспертной группы разработчиков обсуждаемого законопроекта на тот факт, что наиболее проработанные, утвержденные и действующие на сегодняшний день «Закон о психологической помощи населению в городе Москве» (от 30.04. 2014 № 20), Закон «О системе государственной психологической помощи в г. Санкт-Петербурге» (от 20.11.2013 №650) разработаны с приоритетом вполне очевидного здесь *регулирующего, регламентирующего* законодательного вектора. Так, например, в соответствующем Законе г. Москвы дается следующее определение специалиста-психолога: *лицо, имеющее высшее профессиональное образование или прошедшее переподготовку в области психологии.* В Законе г. Санкт-Петербурга лица, оказывающие психологическую помощь, это: *«...физические лица с требуемым уровнем профессиональной психологической подготовки»* без дальнейших уточнений. При этом в перечне видов психологической помощи психотерапия в последнем документе не упоминается.

В Законе Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» (от 01.07.2010 № 153-3) утверждена такая норма, что психологом в том числе может быть *лицо, имеющее педагогическое образование с квалификацией психолога, педагога-психолога, практического психолога в системе образования, прошедшее переподготовку на уровне высшего образования по специальности практическая психология, медицинская психология, психология.* В данном законе психотерапия не включена в утверждаемые здесь виды психологической помощи.

Полагаем, что все вышеприведенные законодательные нормы свидетельствуют если не о мудрости или какой-то особой прозорливости инициаторов-разработчиков процитированных положений, то по крайней мере об их осторожности и уважении к сложившимся принципам социального нормирования в интересующей нас сфере деятельности.

Далее, на наш взгляд, вполне адекватным примером того, как готовятся и доносятся до заинтересованных представителей профессионального сообщества законопроекты с близким тематическим содержанием и приоритетным *обязывающим-стимулирующим* функциональным вектором, является документ законопроекта «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации», подготовленный О.В. Бермант-Поляковой (2013). В пояснительной записке к данному законопроекту дается глубокий анализ ситуации в сфере оказания психологической помощи в РФ. Причем автор данного законопроекта основательно разобралась в том числе и с тем, какие на тот момент специалисты имели легальный доступ к оказанию разнообразных видов психологической помощи, какая иерархия этих видов профильной помощи здесь реально присутствует, а также и с тем, каким образом вот эту сложную и многоуровневую систему можно «подтянуть» к более высокому уровню качества реализуемых здесь технологий. Так, например, в первой же статье данного законопроекта в качестве основного предмета регулирования утверждаются *«...порядки и стандарты оказания психологической помощи физическими лицами, имеющими образование в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности Психология (ФГОС: 030300), или Клиническая психология (ФГОС: 030401), или Специальное (дефектологическое) образование (ФГОС: 050700), или Педагогика и психология девиантного поведения (ФГОС: 050407), или Социальная работа (ФГОС: 040400), или Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) (ФГОС: 034400)».* И, конечно, здесь необходимо отметить прилагаемый к пояснительной записке и основному тексту законопроекта выделенный текст «О новациях, реализованных в проекте Федерального закона «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации», который, с нашей точки зрения, облегчает восприятие документа и способствует более точному прогнозированию социальных последствий, связанных с утверждением данного законопроекта.

Далее, основным разработчикам обсуждаемого законопроекта необходимо использовать возможность многовекторного моделирования социальных процессов, стимулируемых с принятием предлагаемых законодательных норм, в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективах. Такая возможность моделирования достаточно сложных социальных процессов при заданных условиях на сегодняшний день есть.

Концепция законопроекта, при наличии такой необходимости, должна быть реформативна с учетом полученных здесь результатов и доведена до профессионального сообщества.

Что здесь в состоянии предложить психотерапевтическая наука и практика?

В первую очередь, это может быть конструктивный диалог заинтересованных лидеров российской психотерапии, которым здесь, безусловно, есть что предложить, с инициаторами и основными разработчиками готовящегося законопроекта.

Нашим коллегам, представляющим вот эту экспертную группу разработчиков законопроекта, необходимо принять к сведению тот факт, что российская психотерапия за последние двадцать лет своего развития сделала очень важные шаги, и как раз в том самом направлении, которое мы здесь обсуждаем со всем возможным тщанием.

Начать с того, что первые обсуждаемые версии законопроекта о психотерапии, психотерапевтической деятельности, психотерапевтической помощи в РФ появились с конца 90-х годов прошлого столетия, а всего специалистами-психотерапевтами РФ за все это время было подготовлено семь версий таких законопроектов. И если первые из этих версий еще и можно считать в определенном смысле авантюрой, то каждая последующая версия только лишь «набирала» в корректной, научно обоснованной аргументации и доказательной силе предъявляемого профессиональному и потребительскому сообществу обоснования. Но, конечно, главным здесь является то, что именно в эти последние десятилетия были проведены фундаментальные исследования, которые позволили предметно определить и функционально – на уровне универсальных психотерапевтических мишеней – дифференцировать ту обширную и размытую область, что обозначается как «психологическое здоровье».

Используемая здесь методология позволила выделить наиболее актуальные – в смысле обеспечения высоких уровней устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии деструктивной психологической и химической зависимости – свойства-процессы-состояния, а также исследовать эффективность инновационных психотерапевтических технологий, обеспечивающих форсированное развитие требуемых здесь кондиций психологического здоровья-устойчивости. На основании чего, собственно, и были разработаны базисные концепты психозтики, общей теории психотерапии, управления качеством психотерапевтической помощи, метамодели социальной психотерапии и пр.

Здесь, конечно, нужно сказать и о том, что вот эта разработанная метамодель социальной психотерапии – и есть идея того, как специалисты с разным уровнем подготовки в сфере психологического, психотерапевтического, и даже любого другого гуманитарного образования с психотехнической составляющей могут объединяться в профильные кластеры и обеспечивать психологической (понимаемой в широком смысле) помощью проблемную часть населения, притом что уровень оказания и объем такой помощи будут прогрессивно повышаться, а процесс управления качеством оказываемой помощи будет непрерывно совершенствоваться.

На основании перечисленных и многих других достижений была разработана долговременная стратегия развития психотерапевтической науки и практики, включая вполне обоснованные компоненты нормативного регулирования данного вида деятельности. А параллельно с этим в профессиональном психотерапевтическом пространстве весьма интенсивно развивались общественные институты с функцией ресурсной поддержки и нормативного регулирования – за счет осмысленного использования инструмента разработанных профессиональных стандартов и правил – профессиональной психотерапевтической деятельности (А.Л. Катков, 2012, 2015. 2017).

Помимо прочего, нам здесь важно донести мысль о том, что все эти тревожные тезисы, красной нитью прослеживающиеся в опубликованных результатах проведенного форсайт-исследования относительно будущего психологической науки (Т.А. Нестик, А.Д. Журавлев, А.В. Юревич, 2016) – обеспечение психологической, информационной безопасности; эффективная профилактика экстремизма, терроризма, компьютерной и другой киберзависимости; проблема устойчивости в условиях переживания экстремальных, острых и хронических стрессов; эффективного управления человеческими ресурсами – нами уже предметно исследовались, и результаты этих исследований были учтены при разработке соответствующей долговременной стратегии развития психотерапевтической науки и практики.

Далее, и это, может быть, даже более важно – донести те факты, что другие значимые тезисы из этой примечательной публикации о наибольшей востребованности в ближайшем будущем эффективных технологий психологического консультирования, психологической коррекции, психотерапии, других помогающих и развивающих психотехнологий и практик в проведенных нами масштабных исследованиях получили беспрецедентное качественное развитие. И теперь мы не только знаем, какие именно психотерапевтические эффекты являются наиболее востребованными в современном обществе, но также и то, каким образом транслировать эти эффекты в корпус технологий, используемых в метамодели социальной психотерапии (заметим, что именно такая задача по повышению эффективности помогающих и развивающих технологий, используемых в образовательном процессе, ставится в утвержденной Концепции развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года).

И, наконец, уверить в том, что нам вполне понятен один из основных мотивов разработки обсуждаемого законопроекта – это желание отгородить население Российской Федерации от психотехнологий сомнительного свойства (в связи с чем обычно упоминаются парапрофессионалы всех мастей, часть из которых именует себя «психологами» или «альтернативными психологами»). Т.е. речь идет в том числе и о психологической безопасности наших сограждан. Однако мы на всех возможных уровнях показываем и доказываем, что вот эта важнейшая и сложнейшая проблематика, с учетом всего сказанного, требует, возможно, разработки отдельного кодекса законодательного регулирования, и это точно не задача сегодняшнего законопроекта, в связи с чем анонсируемый ограничительно-запретительный вектор готовящегося законопроекта представляется неадекватным и несвоевременным. И, наоборот, адекватным и своевременным является нормирование вопросов прав граждан при оказании им профессиональной психологической (психотерапевтической) помощи; реально выполнимых правил и стандартов оформления такой помощи; эффективного управления качеством оказываемой профильной помощи со стороны отраслевого регулятора.

В этом ключе как раз и выстраивается последняя версия законопроекта о психотерапевтической помощи, разработанная в 2016 году.

Последнее, о чем здесь важно сказать: разработка законопроектов о психотерапии, психотерапевтической деятельности, психотерапевтической помощи, конечно, не велась в каком-то правовом вакууме. Нашими коллегами был детально проанализирован опыт законодательного регулирования психотерапевтической деятельности в развитых странах

мира (Е.В. Макарова, 2014). И результаты такого глубокого и конструктивного анализа можно и нужно использовать при подготовке обсуждаемого законопроекта.

Заключение

Исходя из всего сказанного, целесообразным представляется:

- выведение темы обсуждения рассматриваемого законопроекта из зоны профессиональной фрустрации и «страстей», появление которых напрямую связано с недостатком информации о последней версии законопроекта, в зону полноценного информирования, научного обоснования – там, где это возможно – и здравого смысла;
- использование всех возможных (в том числе и предлагаемых в настоящем обзоре) ресурсов для улучшения качества законопроекта;
- организация открытой и главное – предметной дискуссии по вопросам нормативного регулирования в сфере оказания психологической и психотерапевтической помощи, обеспечения психологической безопасности населения РФ;
- использование ситуации, связанной с подготовкой обсуждаемого законопроекта, как эффективного стимула к развитию психологической и психотерапевтической науки и практики, к действенной консолидации профессионального сообщества;
- создание такого прецедента, когда в отдельно взятой сфере, тесно связанной с качеством психического здоровья населения, отходят, наконец, от практики хронического «мимопопадания» и «мимодействия».

Список литературы

1. Асмолов А.Г. Будущее психологии или психология без будущего / Из выступлений на VI Съездах Российского психологического общества, 2017.
2. Бабин С.Н. / Из выступления на Саммите психологов, июнь 2017.
3. Балунов А. Обращение / Психологическая газета, 2017.
4. Бермант-Полякова О.В. Законопроект «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации». – 2013.
5. Ватулин А.И. Материалы по тематическому круглому столу / Психологическая газета, октябрь, 2017.
6. Давидян Г.М. Материалы по тематическому круглому столу / Психологическая газета, октябрь, 2017.
7. Ждан А.Н. К теоретическим проблемам общей психологии // Вопросы психол. – 2006. – № 6. – С. 137-142.
8. Зинченко, Ю.П. Отчетный доклад /Из выступлений на VI Съездах Российского психологического общества, 2017.
9. Лиознова Е.В. / Психологическая газета, ноябрь 2017
10. Катков А.Л. Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования. – Павлодар, 2012. – 223 с.
11. 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.
12. Катков А.Л. Четвертая революция в психотерапии/ Сетевое научно-практическое издание АНТОЛОГИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ. - Итоговый международный конгресс года «Возможности психотерапии, психологии и консультирования в сохранении и развитии здоровья и благополучия человека, семьи, общества». - Москва, 12–15 октября 2017. - С. 41-76.
13. Катков А.Л. О новой компании по продвижению проекта Федерального закона «О психологической помощи населению в РФ» / Психологическая газета, 2017.
14. Кисельникова Н.В. Закон нужно обсуждать публично / Психологическая газета, ноябрь, 2017.
15. Кольцова В.А. Актуальные проблемы методологии современной отечественной психологической науки // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 2. – С. 5-18.
16. Леонтьев Д.А. Реплика / Из дискуссии на саммите психологов, июнь, 2017.
17. Линде Н.Д. Отзыв на закон о психологической помощи. – 2014.
18. Нестик Т.А. Журавлев А.Д. Юревич А.В. Прогноз развития психологической науки к 2030 году / Ярославский педагогический вестник. - №5. - 2016. - С. 177-192.
19. Мазиллов В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 1. – С. 23-34.
20. Макаров В.В. Отзыв и предложения по изменениям и дополнениям к проекту Федерального закона «О психологической помощи населению Российской Федерации» /Психотерапевтическая газета. – 2014.
21. Макарова Е.В. Законодательное регулирование психотерапии. Опыт Европы и перспективы Российской Федерации / Профессиональная психотерапевтическая газета, февраль, 2014. - С. 16-20.
22. Прихидько А.И. / Психологическая газета, ноябрь, 2017.
23. Решетников М.М. О медицинской и психологической моделях психотерапии / Российский психотерапевтический журнал. – № 1. – 2017. – С. 92-93.
24. Сусанина И.В. / Психологическая газета, февраль, 2018.
25. Уголева Е. Ю. Вернёмся в «каменный век»? / Психологическая газета, январь, 2018.
26. Шевченко Ю.С. Психолог-психотерапевт! Почему нет? / Психологическая газета, январь, 2018.
27. Шойгу Ю.С. / Из интервью в газете «Известия». – 2017.
28. Юревич А.В. Системный кризис психологии // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 3-12.
29. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 3-17.

30. Юревич А.В. Естественнаучная и гуманитарная парадигмы в психологии, или Раскачанный маятник // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 147-151.
31. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Вопросы психологии. – 2008. – № 1. – С. 3-15.
32. Закон «О психологической помощи населению в городе Москве» (от 30.04. 2014 № 20).
33. Закон «О системе государственной психологической помощи в г. Санкт-Петербурге» (от 20.11.2013 №650).
34. Закон Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи» (от 01.07.2010 № 153-3).
35. Проект Федерального закона «О психологической помощи в Российской Федерации», представленного в Государственную думу 24 июня 2014 г.
36. Решение Президиума РГО от 20.10.2017 г.

PASSIONS AROUND THE LAW OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

Katkov A.L., MD, Professor, rector of The international Institute of social psychotherapy, Saint Petersburg

Abstract: the article by A. L. Katkov "Passions around the law on psychological assistance in the Russian Federation" provides information on the most significant aspects of the draft law under discussion, attracting the attention of professional psychotherapists and psychologists of the Russian Federation. Expectations and feedback on the bill are analyzed. The article substantiates the position of the professional psychotherapeutic community on cooperation in the development of a new version of the bill.

Key words: psychological assistance, psychotherapy, law.

ВЫЯВЛЕНИЕ «СУИЦИДАЛЬНОЙ УЯЗВИМОСТИ» В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Ковшова О.С., OI1955ga@yandex.ru, д.м.н., доцент, зав. кафедрой медицинской психологии и психотерапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Горбунова Е.О., sad_shadow13@mail.ru, студент–клинический психолог 6 курса кафедры медицинской психологии и психотерапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

Аннотация. В статье рассматриваются факторы риска суицидального поведения в молодежной среде, мониторинг психоэмоционального состояния молодых людей для выявления «суицидальной уязвимости» с опорой на системный подход в изучении личности. Основными факторами суицидального риска в молодежной среде являются: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, нарушение временной перспективы, гипотимия, тревожность, отклоняющееся поведение, а также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, восприятие мира и окружающих как враждебных, глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Ключевые слова: профилактика суицидального поведения, факторы суицидального риска, суицидальная уязвимость, социально-психологическая адаптация, математическая модель предикторов риска суицидального поведения.

Российская федерация, по мнению ВОЗ – страна с высоким уровнем самоубийств (39 человек на 100 тысяч населения). Особенно актуальна в России проблема суицидального риска в молодежной среде. Частота самоубийств среди подростков увеличилась почти в 3 раза за последние 10 лет. Россия занимает второе место в мире по количеству пубертатных суицидов (14 тысяч несовершеннолетних совершили самоубийство в нашей стране за последние 5 лет). Второй по частоте причиной смерти в молодом возрасте является суицид. По данным исследователей, в возрасте 16-24 года происходит наибольшее число самоубийств, при этом суицидальная активность резко возрастает с 14-15 лет и достигает максимума в 16-19 лет [10]. Однако истинное желание покончить с собой имеется лишь у 10% случаев, в 90% случаев же суицидальное поведение – это «крик о помощи», стремление молодого человека доказать свою значимость, разрушая себя [50]. Никто не может предотвратить катастрофу добровольной смерти, однако есть возможность предотвратить катастрофу личности. Таким образом, можно сделать вывод об актуальности проблем, связанных с выявлением молодых людей с высоким суицидальным риском и профилактикой суицидального поведения.

Цель: выявить факторы психологической дезадаптации личности и риска развития суицидального поведения в молодежной среде.

В основе данного исследования лежит предположение о том, что для построения эффективной профилактики суицидального поведения в молодежной среде необходим комплексный подход по выявлению и коррекции факторов суицидального риска и индивидуально-психологической дезадаптации. Исследование проводилось на базе отделения клинической психологии и психотерапии Клиник СамГМУ.

Методы исследования: Патохарактерологический диагностический опросник личности А.Е. Личко (1983); Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд (2004); Методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей В.В. Скворцовой (1986); Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (1993); Анкета суицидального риска (А. Пералес, университет им. Святого Маркоса, Перу, 1999); Методы математической статистики.

Выборка исследования. Обследовано 128 студентов, обучающихся на 1 и 2 курсах ВУЗов г. Самара, средний возраст которых составил 18 (18,24±0,76) лет, из них 25 (20%) юношей и 103 девушки (80%). Выборку составили 47% студентов, обучающихся на 1 курсе, и 53% – обучающихся на 2 курсе. По семейному положению 98% обследуемых в браке не состоят, 1% состоят в официальном браке и 1% находится в незарегистрированном браке. Проживает с родителями 25% обследуемых, с родственниками – 7%, в одиночестве – 31%, выбрали вариант «другое» – 37%, большинство из которых

уточняет, что они проживают с соседями по комнате в общежитии или по квартире. В данный момент не имеет работы 95% обследуемых, работает соответственно 5% обследуемых.

На основе анализа анкеты суицидального риска в выборке были выделены экспериментальная подгруппа, в которую вошли 41 (32%) человек с суицидальным риском, и контрольная подгруппа, в которую вошли 87 (68%) человек, не имеющих суицидального риска.

Анализ результатов структурированного интервью показал, что 28% обследуемых хотя бы раз в жизни имели желание умереть. (Из них 50% обследуемых имели такое желание в течение последнего года). Хотя бы раз в жизни задумывались о самоубийстве 18%, (из которых 39% задумывались об этом в течение последнего года). Планировали самоубийство 4%, (из которых 20% – в течение последнего года). Совершали попытки самоповреждения или самоубийства 11%, (из которых 36% – в течение последнего года).

Попытки самоубийства или самоповреждения, обследуемые чаще всего объясняют следующими причинами: конфликты с родителями (43%), проблемы или конфликты с возлюбленным (29%), проблемы с учебой (29%), неудовлетворенность своим внешним видом (14%), конфликты с родственниками (14%). Многие отметили, что для этого не было явных причин (36%). По результатам анализа структурированного интервью, было выявлено наличие антивитальных переживаний у 28% обследуемых, суицидальных мыслей – у 18%, суицидальных планов – у 4%, самоповреждающего поведения – у 11%, из которых 64% не обращались ни к кому за помощью и 29% указывают на вероятность повторной попытки самоповреждения.

Исследование индивидуально-личностных особенностей выявило значимые различия в отношении шизоидного и астено-невротического типов акцентуации характера. Это говорит о том, что в экспериментальной группе отмечается замкнутость, трудности в установлении эмоциональных контактов, недостаток интуиции и сопереживания в общении, склонность к нешаблонным, непринятым решениям и формам поведения, а также склонность к повышенной утомляемости, раздражительности, ипохондричности в структуре характера.

Гипертимный и неустойчивый типы выявляются достоверно реже у молодых людей в экспериментальной группе, следовательно, для них не характерны повышенное настроение, активность, стремление к лидерству, общительность, тяга к развлечениям, удовольствию, поверхностность контактов. Значимые различия также выявлены в отношении реакции эмансипации, склонности к депрессии и суицидальных тенденций. В экспериментальной группе преобладает стремление к независимости, желание освободиться от опеки, склонность к реакциям по гипотимическому типу, в экспериментальной группе имеется настоящее желание умереть, а не привлечь к себе внимание.

Исследование социально-психологической адаптации выявило значимые различия по всем шкалам, кроме шкалы «Стремление к доминированию». У молодых людей в экспериментальной группе отмечается снижение социально-психологической адаптации, притягивания себя, выявлена тенденция к конфликтам с окружающими людьми, тревожности и апатии, а также пассивности в решении жизненных задач. Показатели эскапизма же достоверно выше в экспериментальной группе, что говорит о склонности к «уходу» от проблем.

Исследование мотивационно-потребностной сферы не выявило наличия специфических особенностей в степени удовлетворенности базовых потребностей у молодых людей с суицидальным риском. Независимо от наличия суицидального риска актуальными для молодых людей являются потребности в самовыражении, что может рассматриваться как возрастная особенность.

Интегральный показатель суицидального риска по опроснику А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой так же имеет положительную значимую корреляцию с показателями гипотимии ($r_s=0,601$, при $p<0,01$) и тревожности ($r_s=0,637$, при $p<0,01$). Отрицательные корреляционные взаимосвязи выявлены с показателями адаптации ($r_s=-0,572$, при $p<0,01$), самопритягивания ($r_s=-0,366$, при $p<0,01$), притягивания других ($r_s=-0,471$, при $p<0,01$), эмоциональной комфортности ($r_s=-0,586$, при $p<0,01$), интернальности ($r_s=-0,561$, при $p<0,01$). Обнаружена также положительная корреляция суицидального риска с показателем эскапизма (ухода от проблем) ($r_s=0,510$, при $p<0,01$). Интегральный показатель суицидального риска имеет обратную взаимосвязь с неустойчивым типом акцентуации характера ($r_s=-0,411$, при $p<0,01$) и положительную - со склонностью к депрессии ($r_s=0,400$, при $p<0,01$).

Значимые различия ($p<0,01$) были получены по следующим суицидальным факторам: – демонстративность (как желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться их сочувствия); аффективность (как доминирование эмоций над интеллектуальным контролем, готовность реагировать непосредственно эмоционально); уникальность (как восприятие себя и своей жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие); несостоятельность (как представление о своей несостоятельности, ненужности, «выключенности» из мира); социальный пессимизм (восприятие мира и окружающих людей как нечто враждебного); нарушение временной перспективы (как невозможность конструктивного планирования будущего, глобальный страх неудач и поражений в будущем).

В экспериментальной группе преобладает склонность к гипотимии, тревожности, непринятому в обществе поведению и злоупотреблению ПАВ.

Нами представлена ориентировочная математическая регрессионная модель выявления предрасположенности к суицидальному риску, предикторами которого являются низкий уровень социально-психологической адаптации, высокие показатели эскапизма и гипотимии.

Результаты регрессионного анализа позволяют достоверно рассматривать три фактора в математической модели предикторов риска суицидального поведения (ПСР):

$$\text{ПСР} = -0,294 \text{ А} + 0,084 \text{ Э} + 0,552 \text{ Д} + 30,666, \text{ где}$$

А – снижение уровня социально-психологической адаптации,

Э – высокие показатели эскапизма,

Д – высокие показатели гипотимии.

Таким образом, основными факторами суицидального риска в молодежной среде являются демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, нарушение временной перспективы. Дополнительными факторами суицидального риска являются гипотимия, тревожность, отклоняющееся поведение, а также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами.

Выводы. Исследование индивидуально-психологических характеристик показало, что молодым людям с суицидальным риском свойственны шизоидные черты, тенденция к астено-невротическим чертам характера, а также повышенная реакция эмансипации, склонность к депрессии, истинная суицидальная направленность.

У молодых людей с суицидальным риском отмечается снижение уровня социально-психологической адаптации, самопрятия, притяия других, эмоциональной комфортности, интернальности и высокие показатели эскапизма.

Регрессионный анализ психологических факторов предрасположенности к суицидальному поведению выявил три достоверно значимых фактора: снижение уровня социально-психологической адаптации, повышение показателей эскапизма, повышение показателей гипотимии.

Список литературы

1. Каневский, В.И. Психологические корреляты у молодых людей с суицидальными мыслями // Суицидология. – 2015. – Т.6. № 2. – С. 58-63.
2. Климов, В.М. Анализ факторов суицидального риска у студентов ВУЗа / В.М. Климов, Р.И. Айзман // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2017. – Т. 7. № 5. – С. 55-66.
3. Максимова, С.Г. Социальные риски воспроизводства суицидального поведения в региональном социуме / С. Г. Максимова. – Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2016. – 239 с.
4. Польская, Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. - № 4. – С. 176-190.
5. Попова, Ю.Н. Проблема суицида в наши дни / Ю.Н. Попова, В.М. Трунова // Модернизация современного общества: проблемы, пути развития и перспективы. – 2015. - № 6. – С. 44-47.
6. Холмогорова, А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. № 3. – С. 144-163.
7. Чистопольская, К.А. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения / К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Л.Г. Магурдумова // Суицидология – 2013. – Т. 4. № 3 (12). – С. 26-36.
8. Lester, B.Y. Learnings from Durkheim and beyond: the economy and suicide // Suicide Life Threat Behav. – 2001. № 31. – P. 15–31.
9. 78. McGee, R. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood / R. McGee, S. Williams, S. Nada-Raja // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2001. – Vol. 29. № 4. – P. 281–291.
10. World health organization. Preventing suicide: a global imperative. - Geneva: World health organization, 2014. – 98 p.

THE IDENTIFICATION OF "SUICIDAL VULNERABILITY" IN THE YOUTH ENVIRONMENT

Kovshova O.S., OI1955ga@yandex.ru, MD, associate Professor, Head of the Department of medical psychology and psychotherapy DEPARTMENT IN Samara state medical University of Minzdrav of Russia.

Gorbunova E.OI., sad_shadow13@mail.ru, student - clinical psychologist, 6th year, the Department of medical psychology and psychotherapy, Samara state medical University of Minzdrav of Russia.

Abstract. The article discusses the risk factors of suicidal behavior in the youth environment monitoring the psycho-emotional state of young people to identify "suicidal vulnerability" based on a systematic approach to the study of personality. The main factors of suicidal risk in the youth environment are: demonstrativeness, affectivity, uniqueness, insolvency, social pessimism, violation of the time perspective. hypotimia, anxiety, deviant behavior, and substance abuse. perception of the world and others as hostile, global fear of failures and defeats in the future.

Keywords: prevention of suicidal behavior, factors of suicidal risk, suicidal vulnerability, socio-psychological adaptation, mathematical model of predictors of suicidal behavior.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ИЗ ПРОШЛОГО В НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Макаров В.В., президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации "Союз психотерапевтов и психологов", вице-президент Всемирного Совета по психотерапии и Азиатской Федерации Психотерапии, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н., профессор. Москва, Россия.

Теперь мы уже хорошо осознаем, что отечественная психотерапия свою историю ведёт со времён ещё царской России. Тогда начала складываться школа В.М. Бехтерева, в последующем – школа института имени В.М. Бехтерева. Эту школу, с нашей точки зрения, несколько неточно, принято называть ленинградской. Школа складывалась под влиянием европейской психотерапии и являлась её развитием.

Позже, уже в Советское время сложились московская и харьковская школы. Обе они были изначально лояльны к Советской власти, тогда какученикам и последователям В.М. Бехтерева нужны были постоянные усилия, чтобы сохранять

эту лояльность режиму. Все три школы были ориентированы на запросы Советского государства и выполняли все требования цензуры.

В 70-80х годах прошлого века начал своё развитие восточный тренд психотерапии. Его первые ростки были отмечены в диссидентском движении, особо представленном в Новосибирском Академгородке. Затем идеи постепенно проникли в среду молодых психиатров и психологов Новосибирска и распространились на восточную часть Советского Союза. В отличие от трёх советских школ, восточный тренд был ориентирован не на государство, а на граждан. На то, что в настоящее время составляет ростки гражданского общества.

Таким образом, в нашей стране была школа, основанная ещё до революции, две школы, сложившиеся в советское время, и одна, получающая своё развитие уже на закате советской эпохи, и формирующаяся до настоящего времени. Эту складывающуюся школу мы называем Новая школа.

На рубеже 90-х в стране, по экспертным оценкам, было около шестисот психотерапевтов, в основном врачей психоневрологов, неврологов, психиатров. И мы с упоением добавляли к нашему образованию и практике новые теоретические представления и технологии хлынувших в нашу страну западных методов (модальностей) психотерапии.

Как же мы использовали это золотое время для нашей профессии? В это время в стране, по сути дела, было два главных тренда развития психотерапии: государственный и негосударственный. В организационном отношении они двигались параллельно, тогда как в практике зачастую пересекались. И государственная психотерапия оказывала поддержку новой психотерапии нарождающегося гражданского общества.

Начало девяностых характеризовалось и тем, что психотерапией впервые начали массово заниматься психологи. Когда в нашу страну хлынули зарубежные методы психотерапии, молодые психологи с огромным энтузиазмом начали обучаться новым методам и продвигать их в стране. Именно зарубежные методы, развивающиеся каждый сам по себе, да ещё в конкурентной борьбе между собой, привнесли в нашу страну ранее не свойственную конкуренцию и критику в адрес коллег. В это время интерес к психотерапии стремительно рос. Так, с 1991 по 1996 годы только в город Красноярск для обучения психотерапии и обмена опытом на конференциях декадниках в живописных пригородах и на теплоходе «А.Матросов», ныне флагмане речного Енисейского флота, во время круизов Красноярск-Дудинка-Красноярск, а также на циклах повышения квалификации в Красноярской государственной медицинской академии ежегодно участвовало не менее двух с половиной тысяч профессионалов.

Потребность в психотерапии была столь велика, возможности психотерапии столь очевидны, образование столь доступно, что в нашу специальность хлынул поток психологов. Запрет на профессию психотерапевта для психологов со стороны врачебной администрации привёл к тому, что психологи начали заниматься психотерапией под разными другими названиями: психологическая коррекция, практическая психология, психологическое консультирование, психологическая практика и т.д. Последнее такое изобретение – немедицинская, и даже немедикаментозная психотерапия. И это тоже, только после того, как мы, врачи, придумали и ввели понятие врачебной психотерапии. Конечно, названные выше области практики никак законодательно не регулируются. Даже непонятно, к сфере ответственности какого министерства они относятся.

С середины 90-х увеличивалась численность врачей психотерапевтов. Максимальная численность в стране, по экспертным данным, достигла пяти тысяч работающих в учреждениях Минздрава. Из них три тысячи были психиатрами, занимавшими ставки психотерапевтов и далеко не всегда имеющими образование по психотерапии. В последние годы численность врачей психотерапевтов в учреждениях подчинённых Минздраву с каждым годом резко уменьшается. В настоящее время мы не можем привести статистические данные, ведь значительная часть психотерапевтических ставок занята врачами-психиатрами без профессиональной переквалификации в области психотерапии. А, как известно, психиатры – это ещё не психотерапевты. По экспертным данным, численность врачей психотерапевтов в учреждениях Минздрава неуклонно приближается к показателям, с которых мы начинали в середине девяностых.

Это одна линия развития отечественной психотерапии. Государственная, во многом психиатрическая, психотерапия рассматривалась как единая специальность, в последующем и до настоящего времени официально рассматривается как субспециальность в психиатрии. В последнее десятилетие эта область переживает значительные трудности, больше организационного порядка, в связи с повсеместным сокращением психотерапевтических ставок и низкой оплатой труда в государственных лечебных учреждениях.

В последние годы врачи-неврологи с нарастающей интенсивностью возвращаются в психотерапию. И даже для самой психотерапии это весьма важно. Ведь если психиатры идут от психики, которую мы считаем функцией мозга, то неврологи идут от структуры самого мозга, связывая структуру с функциями. Это то, что касается психотерапии в учреждениях системы Минздрава Российской Федерации.

Кроме того, в нашей стране вот уже более двадцати пяти лет развивается негосударственная психотерапия. Её бурное развитие осуществляется в отдельных методах, модальностях психотерапии. По разным источникам, их сотни и даже более тысячи. Это стихийное развитие, подобно взрыву, охватило большинство регионов нашей страны. Каждая модальность развивается в своём пространстве. А вот опыт объединения отдельных модальностей есть у Европейской Ассоциации Психотерапии. Объединением модальностей в Российской Федерации вот уже двадцать лет занимается Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (далее ОППЛ или Лига). Перечень методов психотерапии и консультирования по состоянию на март текущего года приведён в таблице.

**Методы психотерапии и консультирования
Направления, модальности (методы) психотерапии и психологического консультирования,
получившие профессиональное признание в Российской Федерации**

Гипнотерапия	Тукаев Рашит Джаудатович	Москва
Полиmodalная психотерапия	Макаров Виктор Викторович	Москва
Семейная психотерапия	Варга Анна Яковлевна (представитель — Рыцарева Татьяна Васильевна)	Москва
Экзистенциальная психотерапия	Баранников Александр Сергеевич	Москва
Телесно-ориентированная психотерапия	Белгородский Лев Семенович	Москва
Ресурсно-ориентированная системная психотерапия	Сандомирский Марк Евгеньевич Белгородский Лев Семенович	Москва
Позитивная психотерапия	Кириллов Иван Олегович	Москва
Символдрама	Обухов-Козаровицкий Яков Леонидович	Москва-Запорожье, Украина
Трансперсональная психотерапия	Майков Владимир Валерьянович	Москва
Нейролингвистическая психотерапия	Ковалев Сергей Викторович	Москва
Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно	Бурно Марк Евгеньевич	Москва
Психокатализ	Ермошин Андрей Федорович	Московская область
Клиническая классическая психотерапия	Бурно Марк Евгеньевич	Москва
Дианализ	Завьялов Владимир Юрьевич	Новосибирск
Психодрама	Романова Илона Евгеньевна	Екатеринбург
Эмоционально-образная психотерапия	Линде Николай Дмитриевич	Москва
Психоорганический анализ	Мироник-Аксенова (Ащеулова) Оксана Ивановна	Москва
Транзактный анализ	Зуйкова Надежда Леонидовна	Москва
Психотерапевтическая кинезиология	Чобану Ирина Константиновна	Москва
Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз	Доморацкий Владимир Антонович	Минск, Белоруссия
Перинатальная психотерапия и психология и психология репродуктивной сферы	Печникова Елена Юрьевна Филиппова Галина Григорьевна	Москва
Религиозно-ориентированная психотерапия	Белорусов Сергей Анатольевич Битехтина Любовь Дмитриевна	Москва
Музыкально-интегральная психотерапия	Петрушин Валентин Иванович Табидзе Александр Александрович	Москва
Дифференцированная когнитивная терапия	Бурно Антон Маркович	Москва
Клиническая психосоматическая психотерапия	Зуйкова Надежда Леонидовна	Москва
Целебная творческая психоллингвистика	Семёнова Алла Ивановна (представитель, соруководитель — Абрашкина Елена Алексеевна)	Канберра, Австралия- Москва
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Корабельникова Елена Александровна	Москва
Клиент-центрированная психотерапия	Кочарян Александр Суренович Кузовкин Виктор Владимирович	Харьков, Украина Москва

Интегративно-диалоговая, когнитивно-ориентированная гипнотерапия (психотерапия)	Тукаев Рашит Джаудатович	Москва
Арт-терапия	Копытин Александр Иванович	Санкт-Петербург
Юнгианский анализ	Киневская Лия Александровна Сурина Лидия Алексеевна	Москва
Объединённое психоаналитическое направление в психотерапии в Лиге	Харитонов Александр Николаевич	Москва
Балинтовские группы	Клепиков Николай Николаевич	Москва
Интегративная детская психотерапия	Локтионова Альбина Викторовна	Москва
Системная семейная психотерапия: восточная версия	Лаврова Нина Михайловна	Санкт-Петербург
Восточная версия транзактного анализа	Макарова Галина Анатольевна	Москва
Интегральное нейропрограммирование	Ковалев Сергей Викторович	Московская область
Системно-феноменологическая психотерапия (консультирование) и клиентцентрированные расстановки®	Бурняшев Михаил Геннадиевич	Москва
Этический персонализм	Бондаренко Александр Федорович	Киев, Украина
Процессуально-ориентированная психология и психотерапия	Сербина Людмила Николаевна	Москва
Генеративная психотерапия	Силенок Петр Федорович	Краснодар
Восточная версия психосинтеза	Ключников Сергей Юрьевич	Москва
ДМО-подход	Огаркова (Дубинская) Юлия Леонидовна	Москва
Песочная терапия	Старостин Олег Альбертович	Санкт-Петербург
Гештальт-терапия	Петрова Елена Юрьевна	Санкт-Петербург

Конечно, мы отдаём себе отчёт, что в нашем перечне далеко не все методы, распространённые в нашей стране.

В 2013 году мы проводили экспертный опрос руководителей модальностей о численности профессионалов, занятых практикой в их методе. Опрошены руководители 30 модальностей. По их экспертному мнению минимальная численность психотерапевтов в их модальностях в стране составляла 28 045 физических лиц, а максимальная 30 485. Делая свой прогноз на 5 лет, т.е. на текущий 2018 год – минимальная численность называлась 43 740 человек, а максимальная – 45 450 человек. Конечно, многое в стране изменилось, и мы намерены повторить опрос, тем более, что у нас теперь 45 модальностей (методов) психотерапии.

Впрочем, не каждая новая инициатива быстро выходит на уровень нового метода психотерапии. С нашей точки зрения, у каждого метода психотерапии обязательно должна быть своя теория, своя практика, включающая комплекс технологий работы; своя учебная программа построенная на четырёхчастной системе образования: учебная терапия, теория, практика, учебная супервизия. Общее количество учебных часов зачастую приближается к 3200. И четвертая составляющая – это последователи. Если пока нет всех четырёх составляющих, то это ещё не модальность, метод психотерапии, а авторский метод. Он принадлежит конкретному автору, а не всей психотерапии. Теперь перейдём к законодательным инициативам в нашей области.

Законодательные инициативы в области психотерапии так же исходят от Лиги. Таких инициатив всего три, и семь вариантов проектов закона. В 1998 г. Лигой был создан проект закона «О психотерапии». Через полгода появился второй вариант проекта аналогичного закона, созданный во Всероссийском Федеральном научно-методическом центре психотерапии и медицинской психологии, и через несколько месяцев был предъявлен и третий проект, созданный психотерапевтической службой Москвы. Профессиональной общественности было предъявлено три отличающихся друг от друга проекта. Стало понятно, что мы всё ещё не можем договориться внутри своей специальности и, значит, не готовы передавать проект закона в Государственную думу. В 2014 году Лигой был создан второй вариант проекта закона: «О психотерапевтической помощи в Российской Федерации». Данный проект широко обсуждался в профессиональных сообществах страны и был передан в Государственную Думу Российской Федерации для предварительного рассмотрения. Комитет по здравоохранению Госдумы направил его на рецензию в Министерство Здравоохранения, откуда была получено краткое заключение о нецелесообразности такого закона. В этот раз мы уже смогли договориться между собой в профессиональном сообществе и встретили отповедь со стороны государственного регулятора медицины. Вскоре, в 2016 году, Лигой был создан третий проект закона: «О профессиональной психотерапевтической деятельности в Российской Федерации».

Федерации». Сейчас он ожидает благоприятного момента для того, чтобы быть представленным Государственной Думе. Все три проекта характеризует преемственность и практическая направленность, ведь их первоначальные варианты разработаны одним автором – профессором Катковым Александром Лазаревичем. Сегодня мы позитивно оцениваем наши инициативы. Они позволили значительно продвинуться на пути принятия такого закона в нашей стране.

Разработка законопроектов по психологии в нашей стране так же имеют свою историю. В 2012 году началась работа над законопроектом о психологической помощи в Российской Федерации. Лига однократно участвовала в обсуждении проекта закона. Впрочем, наши предложения никак не были учтены, и для дальнейшего обсуждения проекта нас уже не приглашали. Данный законопроект не был принят. В 2017 году нас вновь пригласили, теперь уже в Верховный Совет Российской Федерации, в рабочую группу для подготовки нового варианта закона Российской Федерации о «Психологической помощи в Российской Федерации». В дальнейшем, насколько нам известно, часть участников данного собрания, сотрудников МГУ, организовали свою рабочую группу, которая продолжает работать над проектом закона, уже без нашего участия. Конечно, нам трудно согласиться с вводимыми авторами проекта понятиями – немедицинская психотерапия и даже, немедикаментозная психотерапия. В свою очередь, мы приветствуем законотворческую активность и готовы включиться в эту работу. Разделяю и поддерживаю мнение профессора Каткова А.Л. о важности и необходимости целого кодекса законов о Психическом здоровье и психологическом благополучии.

Дальнейшие поиски путей законодательного регулирования психотерапии обратили наше внимание на практику саморегулирования в нашей стране. Как известно, саморегулирование введено Федеральным законом «О саморегулируемых организациях» от 01.12.2007 N 315-ФЗ. Целые отрасли народного хозяйства теперь регулируются этим законом. Однако ни в медицине, ни в психологии не было ни одной саморегулируемой организации. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига входит в Национальную Медицинскую Палату (НМП) с самого начала её работы. Именно НМП взяла на себя инициативу добиться специального варианта закона о саморегулировании для медицины. К сожалению, до настоящего времени эта работа не завершена. В октябре 2014 года нами был принят первый Устав Саморегулируемой организации (СРО) – Ассоциации развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов», и организация приступила к строительству своей деятельности. В октябре 2015 года были внесены изменения и дополнения в Устав Саморегулируемой организации Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов». Как видим из названия, Организация приобрела национальный статус. Согласно действующему законодательству в каждой отрасли только одна национальная саморегулируемая организация. Она объединяет все саморегулируемые организации в отрасли, взаимодействует с государственным регулятором отрасли, наделена законодательной инициативой. Дальнейшее строительство саморегулируемой организации привело к тому, что в октябре 2017 года мы внесли значительные изменения в Устав организации. И, с начала текущего года, после утверждения Минюстом нового Устава и внесения его в единый госреестр, мы работаем по нему. На внеочередном общем собрании 15 марта текущего года мы приняли важные решения о нашем развитии.

Наше СРО теперь объединяет: психотерапевтов, психоаналитиков, консультантов, практических психологов, медиаторов, супервизоров, коучей и других специалистов, занятых в сфере психотерапевтической науки и практики и являющихся индивидуальными предпринимателями; юридических лиц, осуществляющих психотерапевтическую помощь, профессиональное образование и профильные исследования в сфере психотерапевтической науки и практики. Мы можем создавать филиалы и представительства в регионах Российской Федерации.

Предметом нашего саморегулирования является профессиональная предпринимательская деятельность – психотерапевтов, психоаналитиков консультантов, практических психологов, медиаторов, супервизоров, коучей и других специалистов, занятых в сфере психотерапевтической науки и практики, и юридических лиц, осуществляющих психотерапевтическую и психологическую помощь, профессиональное образование и профильные исследования в сфере психотерапевтической науки и практики.

Важнейшей нашей задачей является разработка и унифицирование стандартов и правила предпринимательской деятельности специалистов в сфере психотерапии и психологии.

Наши стандарты и правила, несомненно, соответствуют федеральным законам и принятым в соответствии с ними иным нормативными правовыми актам. Стандартами и правилами Ассоциации могут устанавливаться дополнительные требования к профессиональной деятельности ее членов. Нами в первую очередь устанавливаются дополнительные требования к образованию. Мы вводим четырехчастную парадигму профессионального образования, включающую: теорию, практику под супервизией, учебную личную терапию и учебную супервизию. Объем нашего образования более чем в шесть раз превышает принятый в Минздраве стандарт и соответствует стандартам Европейской Ассоциации Психотерапии. В числе основных наших функций важно назвать: профессиональное обучение, лицензирование работников, сертификация произведенных членами СРО услуг. Причём и лицензирование, и сертификацию мы будем проводить по модальностям. Кроме того, наша забота – профильные исследования в сфере психотерапевтической науки и практики; разработка правил проведения психотерапии, медиации, консультирования, оказания профессиональной психологической помощи; разработка стандартов подготовки специалистов в психотерапии и общественная экспертиза научно-практических психотерапевтических и психологических методик, программ, проектов. Нам предстоит обсуждение проектов федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Наши правила устанавливают запрет на осуществление членами СРО деятельности в ущерб иным субъектам предпринимательской деятельности в сфере психотерапии и психологии, а также требования, препятствующие недобросовестной конкуренции, совершению действий, причиняющих моральный вред или ущерб потребителям услуг и иным лицам, действий, причиняющих ущерб деловой репутации члена СРО либо деловой репутации СРО.

Между годовыми общими собраниями СПО, согласно новому Уставу, руководит Президентский Совет, состоящий из руководителей подразделений.

К специализированным органам, которые в обязательном порядке создаются Президентским советом СПО, относятся:

1) орган, осуществляющий контроль за соблюдением членами Ассоциации требований стандартов и правил Ассоциации – **Экспертная комиссия**;

2) орган по рассмотрению дел о применении в отношении членов Ассоциации мер дисциплинарного воздействия – **Дисциплинарная комиссия**;

3) орган, осуществляющий контроль за соблюдением членами Ассоциации утвержденных общим собранием Ассоциации, требований профессиональной этики – **Этическая комиссия**;

4) орган, занимающийся вопросами развития психотерапевтической и психологической науки, практики и образования, а также профильными исследованиями в этой сфере – **Учёный совет**;

5) орган, осуществляющий контроль над предпринимательской деятельностью членов Ассоциации в части соблюдения ими требований устава Ассоциации, нормативных правовых актов Российской Федерации, касающихся психотерапевтической и психологической помощи, профессионального образования – **Наблюдательный совет**.

Президентский Совет полномочен создавать и другие органы, важные для успешной работы нашей СПО.

Мы заключили договоры о сотрудничестве с крупнейшими объединениями психотерапевтов **Европейской Конфедерацией Психоаналитической Психотерапии – Россия** и *Ассоциацией когнитивно-поведенческой психотерапии*.

Особенно важно понимать, что отсутствие законодательного регулирования психотерапии и психологии приводит к очевидным потерям в первую очередь для потребителей наших услуг и для самих специальностей. Так, бизнес-тренинги практически перестали быть частью психологии, то же произошло с коучингом, сейчас происходит с тренингами личностного роста. И везде специалистов вытесняют харизматичные непрофессионалы, которые следуют за деньгами. Теперь они торгуются и в психотерапию.

Таким образом, в нашей стране было три школы психотерапии. В настоящее время развивается ещё и Новая школа. В каком состоянии находятся данные школы, каковы их перспективы, мы поймём на специальной большой конференции посвященной отечественным школам психотерапии, планирующейся в рамках итогового конгресса ОППЛ 15–18 ноября 2018 года в Москве Его тема – «Психология и психотерапия каждого дня и всей жизни».

К началу десятых годов текущего столетия в нашей стране уже была создана новая психотерапия и, впервые в истории, практическая психология. По содержанию деятельности две эти области во многом совпадают друг с другом. А вот регулируется подзаконными актами – приказами Минздрава – только небольшая часть психотерапии. По экспертным данным от 8 до 10%. Большая часть психотерапии и вся практическая психология в некоторой степени регулируется методами, модальностями психотерапии. Методы, модальности психотерапии в нашей стране объединяет Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига.

Сегодня психотерапия государственных учреждений существует бок о бок с негосударственной психотерапией. Более того – одни и те же профессионалы работают в государственных лечебных заведениях и занимаются частной практикой или работают в негосударственных структурах. А частная практика, психотерапия, будучи служением, являясь помогающей профессией, живёт по жестким правилам бизнеса. По законам бизнеса живут и наши ближайшие конкуренты. Они вовсе неотягощены ответственностью за результаты своей работы, этическим кодексом. Многие из них представляют собой «продавцов надежды». Их усиленно рекламируют средства массовой информации. И мы всё больше будем проигрывать им если не перестроимся. Поэтому нам особенно важно качественное саморегулирование. Наступило время, когда негосударственная психотерапия протянет руку помощи государственной психотерапии, испытывающей большие трудности, даже переживающей системный кризис. Наступило время, когда всё труднее не принадлежать, и профессионалы в области психотерапии и психологии определяются, с кем они.

Рождаются всё новые модальности. Мы приветствуем и поддерживаем творчество и самоотверженность наших профессионалов. И приглашаем лидеров новых модальностей в комитет Модальностей, методов психотерапии Лиги.

Сегодня мы совершенно уверены в том, что наша страна – один из мировых центров развития психотерапии. Мы всё больше осознаем это, когда активно готовимся к IX Всемирному конгрессу по психотерапии, летом 2020 года. И сегодня есть самые благоприятные условия, чтобы показать нашу психотерапию, наши достижения всему профессиональному миру. Конгресс состоится в июне-июле и будет проходить в Санкт-Петербурге, Москве, на Алтае и Байкале. Его тема – «Планета психотерапии»

Уважаемые коллеги! Впереди у нас огромная работа каждого нашего дня и всей нашей жизни. И мы с оптимизмом смотрим в наше будущее! Его мы теперь, во многом, создаём сами!

RUSSIAN PSYCHOTHERAPY: FROM THE PAST TO THE PRESENT AND FUTURE

Makarov V.V.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ «НОВЕЙШЕЙ» СОЦИАЛЬНОЙ ЭПОХИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ

Макаров В.В., 9259036@gmail.com, д.м.н. профессор, зав. кафедрой психотерапии и сексологии РМАНПО.
Саргсян А.Х., psychiatr.ru@gmail.com, аспирант кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО, Москва, Россия.

Аннотация: Статья посвящена описанию психологических особенностей пациентов «новой» социальной эпохи, с синдромом зависимости от алкоголя. (F 10.2)

Ключевые слова: алкогольная зависимость, «новая» социальная эпоха, психологические особенности, социальные эпохи,

Согласно статистическим данным распространенность алкоголизма в Российской Федерации с каждым годом остается на высоком уровне, несмотря на большое количество методик наркологического и психотерапевтического лечения. [8] Вследствие чего, возрастает распространение глубоких изменений личности, вызванных алкоголизмом, инвалидизация больных алкогольной зависимостью, а также смертность от причин, прямо или косвенно вызванных злоупотреблением алкоголем. Тем самым ухудшается социально-экономическое состояние в стране, с каждым годом повышаются затраты на лечение данной группы пациентов, также растет количество преступлений в связи с алкоголизацией людей.

Это можно объяснить недостаточно эффективной терапией и изменением типичности пациентов, обращающихся за наркологической помощью. Так, пациенты, рожденные до 1980-х годов, являются наиболее курабельными существующими методами психотерапии, по сравнению с пациентами, рожденными в более поздние годы с характерными чертами «новой» социальной эпохи. [5, 10]. Данная группа пациентов появилась в поле зрения наркологов достаточно недавно, в связи с чем остаются вопросы в отношении методов психотерапии данных пациентов. Недостаточно описаны их клинические, социально-демографические и психологические характеристики, в связи с чем была поставлена следующая цель и задачи данного исследования. [9]

Цель исследования: выявить психологические особенности личности, социально-демографические характеристики пациентов «новой» социальной эпохи, страдающих алкоголизмом.

Задачи:

1. Разработать вариант стандартизированного интервью для определения принадлежности пациентов к социальной эпохе.

2. Определить какие личностные особенности характерны для пациентов «новой» социальной эпохи, преобладают у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Для решения поставленных нами цели и задач в период с 2014 по 2016 гг. было проведено клиническое исследование 415 наркологических пациентов, обратившихся за помощью к врачу психиатру-наркологу по поводу алкогольной зависимости. Больные отбирались из числа клинически сложных, которые ранее неоднократно обращались за лечением к врачам-наркологам. Данную группу пациентов можно было охарактеризовать, как терапевтически резистентных. Основным критерием включения в исследование было выявление у пациента синдрома зависимости от алкоголя (F10.2). Пациенты с исходной (III) стадией алкогольной зависимости в исследование не включались, что связано с достаточно низкой мотивацией у них на обследование и лечение, а также в связи с глубокими изменениями личности, вызванные длительным употреблением алкоголя. Также в исследование не включались:

1. Пациенты с признаками тяжелых психических расстройств.
2. Пациенты с признаками органического поражения центральной нервной системы.
3. Пациенты с острыми психотическими расстройствами.
4. Пациенты с тяжелыми формами соматических заболеваний.
5. Пациенты, страдающие хроническими соматическими заболеваниями в фазе обострения.

Для проведения данного этапа исследования необходимо было разработать метод дифференцирования пациентов в соответствии с принадлежностью их к определенной эпохе. Под руководством д.м.н., профессора Макарова В.В. был разработан вариант стандартизированного интервью, который позволил в ходе интервью определить психологическую принадлежность к одной из трех социальных эпох: традиционной, современной и новой.

После разработки данного стандартизированного интервью, было обследовано 415 пациентов, обратившихся за помощью к наркологу по поводу зависимости от алкоголя. Результаты данного интервью приведены в таблице № 1.

Таблица 1 – Распределение социальных эпох

	мужчины		женщин		общее количество	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
традиционная эпоха	88	21 %	50	12 %	138	33,25 %
современная эпоха	102	24 %	62	14,9 %	164	39,5 %
новая эпоха	90	21,6 %	23	6,5 %	113	27,25 %
общее количество	280	67,4 %	135	32,6 %	415	100 %

Из полученных данных видно, что из 415 исследованных пациентов, к «новейшей» социальной эпохе относится 113 человек (27,25%) и данные пациенты приняли участие в следующем этапе исследования. Из данных представленных в таблице также можно определить, что большее количество исследованных пациентов относятся к современной социальной эпохе (39,5%). Согласно данным, представленным в таблице почти треть пациентов (27,25%), находящихся на диспансерном наблюдении являются малокурабельными, в связи с недостаточно изученными особенностями личности, а также отсутствия вариантов психотерапии, наиболее подходящих для них. Вследствие чего данные 113 исследуемых были отобраны для дальнейшего изучения особенностей и описания психологических характеристик. Средний возраст пациентов в исследуемой выборке составил 31 год (SD=4,7), а возрастной диапазон – от 20 до 45 лет.

При этом возрастное распределение было следующим: 20-29 лет – 35 человек (30,9%), 30-39 лет – 72 человека (63,7%), 40-45 лет – 6 человек (5,4%) Как видно из возрастного распределения пик обращаемости за наркологической помощью по поводу лечения от алкогольной зависимости приходится на возрастной промежуток от 20 до 40 лет.

По гендерному составу наблюдалось следующее распределение пациентов: 23 женщины и 90 мужчин.

Таблица 2 –Уровень образования обследованных больных

	Высшее	Неоконченное высшее	Среднее-техническое	Среднее-специальное
Всего по группе человек (%)	60 (53%)	33 (29%)	10 (9%)	10 (9%)

Из Таблицы 2 можно видеть, что в обеих подгруппах большинство исследуемых получили высшее образование; уровень образования обследованных пациентов в целом достаточно высок; значимых различий между основной и контрольной подгруппами по образовательному уровню больных выявлено не было. Учитывая данные таблиц 1 и таблиц 2, можно сделать вывод о том, что пациенты с характерными чертами «новейшей» социальной эпохи это люди с достаточно высоким уровнем образования, что говорит о достаточно высоком интеллектуальном развитии и это люди, которые находятся в наиболее активном трудоспособном возрасте, и оставляя вопрос психотерапии данных пациентов малоизученным, мы лишаем государство основного ресурса – человеческого.

Таблица 3 – Социальное положение обследованных больных

	Всего по группе
Руководитель предприятия (наемный труд)	1 (1%)
Начальник подразделения (наемный труд)	10 (9%)
Коммерческий частный бизнес	10 (9%)
Служащий	57 (50%)
Рабочий (имеет квалификацию)	8 (7%)
Рабочий (без квалификации)	7 (6%)
На пенсии	0
Не работает	20 (18%)

Показатели социального статуса, отраженные в Таблице 3, свидетельствуют о преимущественно среднем социальном статусе исследованных больных, причем заметных различий между основной и контрольной группами нет. В числе больных основной группы имеется много безработных, либо работающих на неквалифицированных работах, не по специальности. Эти данные контрастируют с хорошей профессиональной подготовкой больных и полученным ранее образованием. Также пациенты отмечают частые смены основного места работы в связи с «поиском наиболее интересной работы». Это может свидетельствовать о неудовлетворенности характером работы, либо поиском того типа работы, который будет наиболее близким по своему типу.

Таблица 4 – Семейный статус обследованных пациентов

	Количество человек (% в группе)
Официальный брак	10 (9%)
Гражданский брак	30 (27%)
Повторный брак	5 (3%)
Не женат (не замужем)	60 (54%)
Вдовец(-а)	1 (1%)
Разведен(-а)	7 (6%)

Данные Таблицы 4 свидетельствуют о том, что значительная часть задействованных в психотерапевтической программе исследуемых не имеют семьи и не состоят в продолжительных отношениях с партнером, что может свидетельствовать о нежелании принимать на себя обязательства и нести ответственность. Также из приведенных данных треть пациентов проживает в гражданском браке, из чего можно сделать о наиболее оптимальной системе взаимоотношений, которая подходит для них. Как общую характеристику всей группы исследуемых необходимо отметить изменение формата партнерских взаимоотношений, либо нежелание иметь партнерские взаимоотношения, в связи со сложностью установления партнёрских взаимоотношений.

Из данных представленных в таблице 4 можно сделать вывод о том, что большая часть исследуемых пациентов (60,2%) не имеют детей, из чего подтверждается предположение о нежелании брать на себя ответственность, либо полное избегание ответственности, проявляющееся в нежелании строить партнерские взаимоотношения и воспитания детей.

Таблица 4 – Семейный статус обследованных пациентов продолжение

	Всего по группе
нет детей	68 (60,2%)
один ребенок	15 (13,3%)
двое детей	20 (17,7%)
трое и более детей	10 (8,8%)

Обсуждение

Из выявленных психологических характеристик хотелось бы отметить наиболее неблагоприятные факторы в развитии и течении алкоголизма:

1. Нарушение семейных взаимоотношений – родители воспринимаются как друзья, не имеют абсолютного авторитета, нарушены или видоизменены понятия о гендерных взаимоотношениях, так как чаще всего рождаются в семье с одним родителем. Проблемы в семье не имеют общего базиса, каждый член семьи обеспокоен собственными проблемами и их решением. Данный фактор будет иметь негативное влияние в течение алкоголизма, так как проблема алкоголизации выявляется на позднем этапе, с уже сформировавшимся заболеванием. В ходе проводимой терапии будет отсутствовать необходимая поддержка от наиболее значимых для психических структур фигур, возможно возникновения ярких реакций переноса.

2. Недостаток близких дружественных связей. Пациенты данной группы имеют большое количество знакомых, с которыми не поддерживаются близкие отношения. Круг знакомы меняется в зависимости от обстоятельств жизни. Также отсутствуют отношения с соседями, чаще всего это незнакомые люди. Данный фактор является неблагоприятным в виду того, что близкие поддерживающие отношения потеряли свою актуальность, невозможно получить необходимую поддержку от близких людей.

3. Так как обучение проходило на основе поиска новейших знаний, когда концепции базовых наук изменяются достаточно быстро, новые знания опровергают устаревшие знания, ценность информации падает. Пациенты данной группы перегружены информацией и избегают излишней информации. Данные факторы будут предъявлять новые требования к структуре психотерапевтического процесса. Психотерапевтический процесс необходимо будет ориентировать на практическую работу и упражнения, с минимальным теоретическим объяснением, продолжительность сессий уменьшать по длительности.

4. Важность карьерного роста снижена. Данная группа пациентов не ставит перед собой амбициозных целей, чтобы избежать дальнейших разочарований. Они находятся в долгом поиске наиболее удобного и подходящего

рабочего места. Главное требование предъявляемое к карьере это максимальная адаптация к изменяющимся условиям рынка труда, пытаются предугадать наиболее актуальную специальность в будущем. Для лечения алкоголизма данный фактор является неблагоприятным, так как пациенты не имеют карьерных амбиций, к которым возможно было апеллировать в процессе лечения. Также среди данной группы пациентов большой процент безработных, или людей находящихся долго без работы, что будет фактором рецидива заболевания и укорочения длительности ремиссии.

5. Снижение навыков коммуникации, реальное общение чаще замещается общением через средства коммуникации (телефоны, интернет). Бедность вербальных и невербальных навыков, нежелание устанавливать близкие интимные взаимоотношения, явления социофобии. Данные особенности вызовут сложности в установлении глубокого психотерапевтического контакта, в оценке психологического состояния пациентов, установлении мотивации на процесс лечения.

6. Повышенный уровень тревоги, вызванной «неясностью будущего и сложностью выбора», которая часто приобретает хронический характер и провоцирует возникновение таких осложнений, как аддикции и депрессивные состояния. [4,7,8,13,14]

По данным диссертационного исследования «Клиническая характеристика больных со злокачественным течением алкогольной зависимости» под авторством Веретилко Л.В. был проведен сравнительный анализ. [3]

Таблица 5 – Социально-демографические показатели у пациентов страдающих злокачественным алкоголизмом (ЗА) и алкоголизмом с умеренно-прогредиентным течением

		Больные с УПА		Больные с ЗА	
		Кол-во (N)	Процент (%)	Кол-во (N)	Процент (%)
Госпитализации	Первичная	28	70,0	32	66,7
	Повторная	12	30,0	16	33,3
Образование	неполное среднее	0	0	8	16,7
	Среднее, среднее специальное	18	45,0	28	58,3
	Незаконченное высшее	4	10,0	0	0
	Высшее	18	45,0	12	25,0
Характер работы	Рабочий (пром., с/х)	8	20,0	8	16,7
	ИТР	4	10,0	6	12,5
	Служащий	16	40,0	8	16,7
	Военнослужащий	4	10,0	0	0
	Временно не работает	8	20,0	26	54,2
Семейное положение	Холост, не замужем	2	5,0	18	37,5
	Женат, замужем	30	75,0	16	33,3
	Разведен, разведена	8	20,0	10	20,8
	Вдовец, вдова	0	0	4	8,3
Наличие детей	Нет детей	6	15,0	28	58,3*
	Один ребенок	18	45,0	16	33,3
	Двое детей	16	40,0	2	4,2*
	Трое и более детей	0	0	2	4,2

Уровень образования у пациентов с характерными чертами «новой» социальной эпохи значительно выше по сравнению с имеющимися данными. Также заметны различия в семейном статусе пациентов. Если у пациентов проводимого нами исследования 54% исследуемых не состоят в отношениях, то согласно данным Веретилко количество пациентов не состоящих в отношениях 5%. У пациентов «новой» социальной эпохи это связано с нежеланием принимать на себя ответственность, либо с отсутствием модели полоролового взаимодействия. Сравнивая данные о количестве детей, необходимо заметить, что пациенты «новой» социальной эпохи не имеют детей в большинстве случаев (60,2%), однако у пациентов с умеренно-прогредиентным течением отсутствие детей крайне редко среди исследуемых (15%). Но у пациентов со злокачественным течением алкоголизм (ЗА) отсутствуют дети в 58% случаев, эти данные очень похожи на полученные нами данные.

Выводы. Обобщая полученные данные, можно утверждать, что группа пациентов «новой» эпохи обладает психологическими характеристиками личности, которые ранее не встречались в таком сочетании и такой степени выраженности или не были описаны у пациентов наркологических диспансеров. Описанные в данной статье психологические особенности пациентов с характерными чертами «новой» социальной эпохи несомненно отражаются на клинической картине заболевания, оказывают свое влияние на мотивацию к излечению от алкоголизма, что требует разработки неоклассических методов психотерапии, так как основываясь на статистических данных врачей-наркологов [6], можно утверждать о малой эффективности распространенных методов психотерапии среди пациентов данной группы. Дальнейший вопрос, ответ на который требуется найти – разработка и апробация наиболее эффективного метода психотерапии для данной группы пациентов. [1,8,9,11,12]

Список литературы

1. Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс-психотерапия больных алкогольной зависимостью // Наркология. 2010. №3. С. 71-77.
2. Александров, А.А. Интегративная психотерапия [Текст] / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.
3. Веретилло Л.В. Клиническая характеристика больных со злокачественным течением алкогольной зависимости: диссертация 2010.
4. Зайцева Н.А. Теория поколений: Мы разные или одинаковые // Российские регионы: взгляд в будущее №2, 2015
5. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Наркология. Национальное руководство. — 2008. — 726 с.
6. Киржанова В.В., Григорова Н.И. О заболеваемости наркологическими расстройствами в 2014 г. // Вопросы наркологии №4 2015
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире: монография. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2009. 246 с.
8. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология. Настольная книга. Москва: Институт консультирования и системных решений, 2012. 536с.
9. Клиническая психотерапия в наркологии. Под ред. Р.К.Назырова, Д.А.Федоряка, С.В.Ляшковской, СПб: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. — 2012. — 456с.
10. Макаров В.В. Психотерапия в новейшее время// Объединенный Евроазиатский конгресс по психотерапии «Психотерапия без границ: прошлое, настоящее и будущее» 2013
11. Макаров В.В. «Глобальные вызовы эпохи и возможности профессионального сообщества психотерапевтов.»//Психотерапия 2015, No3
12. Соколова Е.Т. Психотерапия: Теория и практика. М.: «Академия», 2002 — 368с.
13. Strauss, William; Howe, Neil (2000). *Millennials Rising: The Next Great Generation*. Cartoons by R.J. Matson. New York, NY: Vintage Original. p. 370. ISBN 0-375-70719-0. Retrieved 17 October 2013.
14. Strauss, William; Howe, Neil (1991). *Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069*. Harper Perennial. p. 335

“MILLENNIAL” ADDICT’S PERSONALITY AND IT’S FEATURES

Makarov V.V., Head of the Department of psychotherapy and sexology of RMAPE, MD, Professor .

Sargsyan A.H. psychiatr.ru@gmail.com, Postgraduate student of Psychotherapy and Sexology Department, Russian Medical Academy of Postgraduate Education. Russian Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of the Russian Federation.

Abstract: The article is devoted to the description of psychological features of patients of the "newest" social epoch, with the alcohol dependence syndrome. (F 10.2)

Key words: alcohol dependence, alcoholism, "the newest" social era, millennials.

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

Мелёхин А.И., клинический психолог высшей квалификационной категории,
когнитивно-поведенческий психотерапевт РНИМУ им. Пирогова

Аннотация: в статье представлена эффективность применения рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии в уменьшении интенсивности симптомов беспокойных ног, улучшение качества сна и повышение социальной активности. Детально описана специфика протокола рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии синдрома беспокойных ног.

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, рационально-эмотивно-поведенческая психотерапия, хроническая бессонница.

Синдром беспокойных ног (сокр. СБН) или болезнь Виллизия–Экбома является четвертой по частоте причиной развития у пациентов хронической бессонницы, большого эпизода депрессии с появлением суицидальных мыслей и панического расстройства [5]. По сей день актуальным является вопрос о разработке эффективной тактики ведения пациентов с СБН для формирования у них положительной длительной ремиссии и минимизации рисков развития коморбидных психических расстройств [1]. При легкой и умеренной степени выраженности СБН рекомендовано отдавать предпочтение комбинированной терапии (multi-disciplinary approach) с большим акцентом на немедикаментозные подходы, которое сегодня, однако, не всегда отвечают принципам доказательной медицины [1;6]. До 65% пациентов с СБН регулярно используют альтернативные, не доказательные методы для облегчения дискомфортных симптомов [5].

Медикаментозный подход (агонисты дофаминовых рецепторов, антиконвульсанты, контроль ферритина, и др.) рекомендуется применять в тех случаях, когда СБН значительно нарушает качество жизни пациента, и немедикаментозные подходы оказались *недостаточно эффективными* [1;2]. Только недавно начали появляться исследования по эффективности *рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии* (РЭПТ) для управления симптомами беспокойных ног [6].

С. Ньюмен описал эффективность РЭПТ при терапии пожилой пациентки 63 лет с СБН, у которой на протяжении 4 лет наблюдалась хроническая бессонница из-за тяжелых болевых приступов скручивающего характера в ногах. Боль и дискомфорт со слов пациентки облегчались движениями. Дискомфортные ощущения в ногах появлялись когда пациентка вечером ложилась в кровать. Эти ощущения приводили к трудностям засыпания. Сон длился 3-4 часа. Отмечала у себя усталость в течении дня, субъективные изменения в памяти, сниженную социальную активность. У пациентки наблюдался нормальный уровень ферритина. Прием неэрголиновых агонистов дофаминовых рецепторов (ropinirole, pramipexole) не дал положительного эффекта, а наоборот привел к *аугментации*. Пациентки было рекомендовано пройти курс психотерапевтического лечения. *Цель лечения* пациентка определила как уменьшение интенсивности симптомов беспокойных ног, улучшение качества сна и повышение социальной активности. С пациенткой было проведено 6 индивидуальных сессий по результатам которых наблюдалось устойчивое снижение симптомов, улучшение качества сна, усиление социальной активности. Положительная ремиссия сохранялась на протяжении 8 месяцев [6].

Опишем структуру протокола РЭПТ синдрома беспокойных ног, предложенного С. Ньюманом [6]:

I. Концептуализация проблемы пациента:

- *Диагностическое интервью.* Анализ жалоб пациента с помощью модели ABC, которая позволяет прояснить связь между мыслями, рядом убеждений (В), эмоциями и поведением (С) пациента в ситуациях (А) когда возникает дискомфорт.

- *Специфика внутренней картины болезни* пациента с опорой на полученную модель ABC [7]:

- *Сенсорные симптомы.* Наличие субъективных патологических ощущений пациента в ногах. Например, «жжение в ноге», «закипает кровь в ногах», «зуд в ногах», уколы иглками или гвоздями, скребущие, колющие, распирающие, режущего, давящие ощущения в ногах. Иллюзия ползания мурашек/муравьев. Например, «как будто насекомые ползают в икрах». Выявление локализации: «как будто под кожей в голени, иногда в коленях, переходящее в бедро, реже в стопах».

- *Идеаторные симптомы.* Наличие у пациента иррациональных (ригидных) убеждений по отношению к своему сну, дискомфортным ощущениям. Принцип S.W.A.T, где S (should) – *долженствование*; W (worth) – *обесценивание*; самоуничтожение; тенденция к обесцениванию, пренебрежительная критика ценности себя, других и окружающего мира; A (awfulizing) – *катастрофизация*; T (tolerance) – *непереносимость фрустрации или нетерпимость дискомфорта (стресса)*[3].

- *Эмоциональные симптомы.* Метаэмоциональные проблемы, т.е. переживания пациента о его/ее дискомфортных ощущениях (первичной проблеме). Вторичные эмоциональные проблемы: подавленность, тревога, раздражительность, слезливость.

- *Поведенческие симптомы.* Избыточная двигательная активность. Специфика репертуара движений, помогающих пациентам уменьшить неприятные ощущения в конечностях. Например, вытягивают или сбивают конечности, встряхивают, растираю и массирую их, ворочаться в постели; если не спиться встают и ходят по комнате, переминаются с ноги на ногу. Движения имеют повторяющийся, стереотипный характер. Наличие *избегающего поведения*: избегание транспорта, общественных мест, когда пациент долгое время вынужден сидеть.

- *Нейропсихиатрический статус:* когнитивное функционирование (MoCA, MMSE), удовлетворенность качеством жизни (SF-36), симптомы депрессии (BDI, PHQ-9), тревожного спектра расстройств (GAD-7), удовлетворенность качеством сна (ISI, PSQI), наличие дневной сонливости (ESS) и искаженного восприятия сна (DBAS-16).

- *Оценка наличия и степени выраженности СБН:* шкала субъективной оценки выраженности СБН (RestlessLegsSyndromeRatingScale, IRLS).

- *Фармакотерапия и ее эффективность.*

II. Психотерапевтическое лечение [5]:

- *1 сессия:* терапевтический альянс, концептуализация проблемы пациента, определение эмоциональных, поведенческих и когнитивных целей. Проранжировать проблемные реакции пациента в соответствии с их тяжестью (степенью дискомфорта) для пациента. Согласовать первоочередную проблему. Психообразование о СБН. Модель ABC применительно к СБН (рис.1)

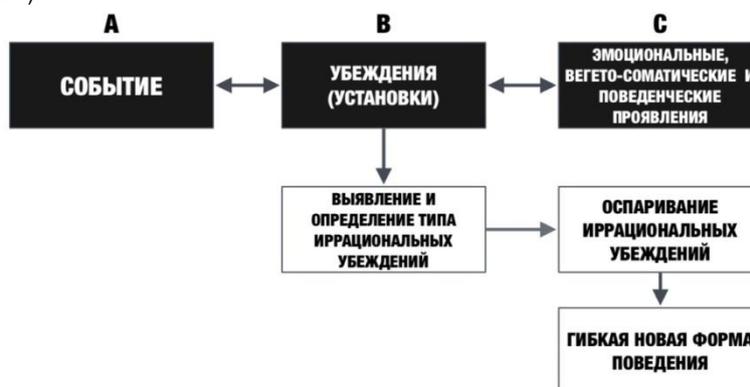


Рис. 1 Модель ABC

Оценить проблемные реакции эмоции и поведение пациента. Разница между рациональными и иррациональными убеждениями. *Домашнее задание:* поведенческая активность приносящая чувство удовлетворенности и мастерства;

заполнение дневник сна. Если пациент принимает фармакотерапия дополнительно его просят вести протокол побочных реакций (табл.1).

Таблица1

Протокол приема фармакотерапии для лечения СБН (A MedicationWithdrawalScheduleForm)

Дата	Название препарата/дозировка (мг)	Эффективность (0-100%)	Наличие побочных реакций		
			Вечер	Утро	День

• 2 сессия: Мониторинг состояния пациента (IRLS). Выявление иррациональных убеждений и степени доверия к ним (в %) с помощью протокола ABCDF [4] (рис.2). Например, «я не должен испытывать эту боль в ногах» (М,33, П_СБН¹); «когда наступает вечер у меня сильный страх и я точно знаю что будут проблемы с ногами» (Ж,37,П_СБН), «страх вечера, каждый вечер это дискомфорт в ногах и страх засыпать» (Ж, 31,П_СБН), «из-за этого скручивания в нога я точно знаю что весь мой сон будет разрушен» (Ж, 32,П_СБН), «это ужасно когда у меня есть этот дискомфорт в ногах ночью» (Ж,56,В_СБН), «это невыносимо, когда у меня нет полноценного сна, я просыпаюсь 3–4 раза за ночь из-за этих ощущений в ногах» (Ж, 35,П_СБН), «я не могу терпеть вечный дискомфорт в ногах» (Ж, 34, В_СБН). Обучение выявлять тип иррациональных убеждений (метафора S.W.A.T).

A (Произошедшая ситуация)		C (Последствия ситуации)	
		Эмоции _____ Ощущения в теле _____ Поведение _____	
B's (Иррациональные убеждения)	D's (Оспаривание иррациональных убеждений)	E's (Эффективная новая философия мышления)	F's (Эффективные эмоции и поведенческие реакции)
			Новые функциональные эмоции Новое конструктивное поведение

Рис. 2 Протокол выявления иррациональных убеждения ABCDEF

К выявленным иррациональным убеждениями применяются *техники оспаривания*: логический, эмпирический, прагматический спор (рис.3)

¹Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст, П_СБН – первичный синдром беспокойных ног, В_СБН – вторичный синдром беспокойных ног



Рис. 3 Процесс оспаривания иррациональных убеждений пациента

Например: «что для Вас значит эта мысль?», «представим, что так думать это Ваша привычка, тогда для чего она нужна?», «действительно ли это правда, что Вы не сможете этого вынести?», «Вы же жили с этим дискомфортом какое-то время?», «Вы можете чувствовать дискомфорт, но сидеть и думать об этом все время приведет к усилению этого дискомфорта!», «что Вы требуете от себя, когда так думаете?». Замена иррациональных на рациональные убеждения (эффективную новую философию мышления) с акцентом на безусловное самопринятие (рис.2). При формировании «Е» минимизировать у пациента догматические представления «долженствования»; усилить безоценочное мышление и переносимость фрустрации; сокращать негативные оценки (ярлыки) [3]. Задаются следующие вопросы: «что Вы будете делать если опять возникнет дискомфортное ощущение в ногах?», «сработает ли это?». Промеривание рациональных мыслей в форме «я хотела бы не испытывать болезненные ощущения, но я понимаю почему она возникает, это не так ужасно, как мне кажется, и я могу с этим справиться с помощью...» (Ж, 35, П_СБН), «даже если у меня возникнут ощущения в ногах я смогу это пережить» (Ж,31, П_СБН). Обсуждение гигиены сна. Разработка регулярного ритуала отхода ко сну. *Домашнее задание:* ведение дневника сна; практика рациональных убеждений – выявление и оспаривание иррациональных убеждения с помощью протокола ABCDEF (рис.2). Формирование рационального диалога с собой в случае возникновения иррациональных мыслей.

- 3 сессия. Мониторинг состояния пациента (IRLS). Анализ дневника сна и удовлетворенности качеством сна. Разбор трудностей в оспаривании иррациональных убеждений с помощью протокола ABCDEF. Усиление у пациента поведенческой активности, социальной активности. Релаксационные техники, например, ежедневные занятия тай-чи, йогой (45 минут 5 дней в неделю). Умеренная физическая активность (30 минут 6 дней в неделю). *Домашнее задание:* дневник сна; при возникновении иррационального мышления, сосредоточенного на СБН и хроническом дискомфорте применять протокол ABCDEF. Использовать рационально-эмотивные образы.

- 4 сессия. Мониторинг состояния пациента (IRLS). Контроль качества сна. Увеличение социальной активности, выделение дополнительных мероприятия к ежедневному расписанию пациента. Например, посещение парков, встречи с друзьями в кафе. Обучение поведенческим техникам релаксации перед тем как пациент ложиться в кровать, во время ночных пробуждений. *Домашнее задание:* дневник сна, практика рациональных убеждений.

- 5 сессия. Мониторинг состояния пациента (IRLS). Обсуждение иррациональных убеждений и их оспаривание с помощью протокола ABCDEF. Оценка полезности и функциональности выделенных рациональных убеждений с опорой на личные ценности пациента. Составление копинг-карточек рациональных убеждений. *Домашнее задание:* практическое применение копинг-карточек рациональных убеждений; дневник сна.

- 6 сессия. Повторная нейропсихиатрическая оценка состояния пациента. Составление поведенческого плана на случай обострения дисфункционального поведения.

- *Буسترная сессия.* Телефонная или скайп-консультация через 3–6 месяцев после прекращения терапии для отслеживания результатов лечения.

Таким образом на данный момент среди немедикаментозных подходов наряду с персонализированной гигиеной сна, усиления умеренной физической активности также показана эффективность применения РЭПТ в снижении дискомфортных симптомов, улучшении качества сна и настроения у пациентов с синдромом беспокойных ног.

Список литературы

1. Ковальчук М.О., Калинин А. Л. Синдром беспокойных ног: патогенез, диагностика, лечение. Обзор литературы//Нервно-мышечные болезни. 2012. № 3. С. 8-19. doi:10.17650/2222-8721-2012-0-3-8-19
2. Левин О.С. Синдром беспокойных ног (болезнь Виллизия-Экбома). 2-е изд. М.:МЕДпресс-информ, 2016, 96 с.
3. A Primer on Rational Emotive Behavior Therapy Third Edition Edition/ ed. W. Dryden R.. DiGiuseppe. NY.:Research Press, 2010. 126 p.

4. David, D., Kangas, M., Schnur, J.B., & Montgomery, G.H. REBT depression manual; Managing depression using rational emotive behavior therapy. Babes-Bolyai University. 2004. URL: http://albertellis.org/pdf_files/rebt_depression.pdf (датаобращения: 16.01.2018).
5. Lee H.B., Hening W.A., Allen R.P., et al. Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. //Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. - 2008. - Vol. 20. - № 1. pp. 101-105. doi: 10.1176/jnp.2008.20.1.101.
6. Newman C. Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study// J Rat-Emo Cognitive-BehavTher. - 2014. - Vol. 32. - pp. 139-149. doi: 10.1007/s10942-013-0174-z
7. Simpson S.D., Dryden, W. Comparison between REBT and visual/kinaesthetic dissociation in the treatment of panic disorder: An empirical study. //Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy. - 2011. - Vol. 29. - № 3. - pp. 158–176

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Русина Н.А., gusinana@ysmu.ru, доцент, зав. кафедрой клинической психологии,
Ярославский государственный медицинский университет

Изучение факторов риска, способствующих развитию заболевания. Причины онкологических заболеваний кроются в снижении иммунитета больного. Выделяют факторы, характеризующие психологическое состояние личности онкологического больного: эмоциональное состояние, отношение к себе и другим, отношение к болезни и лечению, социальный статус. Сами по себе они не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний, но являются факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями средовых.

Личностные особенности больных. Больные имеют гораздо более высокие баллы по психологическим защитами, чем здоровые люди. На первом плане – отрицание. Отсутствуют адекватные механизмы совладания, и ослабление психического дискомфорта осуществляется в рамках неосознанной, нерациональной деятельности психики с помощью механизмов незрелых психологических защит. Преобладающим типом является эмотивный тип характера, при котором любое событие переживается необычайно глубоко и длительно. На втором–третьем местах педантичный тип и застревающий тип. В общей ранговой оценке первое место занимает сенситивный тип отношения к болезни. Диагностируются высокое самообвинение, внутренняя конфликтность, неадекватность самооценки, социальная дезадаптация, высокий уровень аутоагрессии, эмоциональная нестабильность, отвержение близости с другими. В преморбиде больные проявляют неспособность выражать свои чувства и изливать свой гнев. Они склонны к терпению. Неотреагированные эмоции накапливаются в теле. Проективные ассоциативные методики исследования реакций на эмоциональные слова и описание картинок из методики ТАТ демонстрируют накопление и сдерживание отрицательных эмоций. Отмечается чрезмерно высокий уровень самоконтроля. Наблюдается высокое самообвинение, низкое саморукводство, низкое ожидание положительного отношения от других людей, низкие самоинтерес, низкая аутосимпатия.

Личностные смыслы больного. У больных после операции и лечения отмечаются неразветвленные предельные смыслы. В то же время формирование новых личностных смыслов при онкологических заболеваниях происходит гораздо быстрее, чем при любых других заболеваниях, но очень болезненно. Болезнь сама является стрессом для больного, приводит больного в состояние фрустрации, выявляет внешние и внутренние конфликты, актуализирует жизненный кризис. Он оказывается перед проблемой выбора ценностей, перспектив, стратегий и тактик поведения. За короткий период больной может перейти на новую ступень в духовном развитии, нередко он к этому просто не готов и оказывается в полной растерянности. Но само течение времени как бы замедляется, так как время оценивается пациентом как очень значимое. Происходит изменение восприятия временных интервалов. Больной как бы возвращается в детство, когда время замедленно. Изменение отношения к смерти заставляет его изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть – это часть жизни. Через переосмысление жизни и формирование новых жизненных смыслов возникает состояние мудрости и некой отстраненности. Со стороны это выглядит так, как будто он становится много старше и опытнее, постигает истину. Итогом являются терпимость и смирение, принятие и покой. На практике люди верующие или обретшие веру в момент болезни принимают свое состояние гораздо спокойнее. Данная проблема требует от психолога-психотерапевта владения экзистенциальной проблематикой и умения выявлять, анализировать жизненные смыслы, ценностные ориентации, кризисные состояния, оказывать адекватную помощь.

Проблемы, связанные с ухудшением соматического состояния больного и изменением внешнего вида. Измененный образ тела приводит к серьезным последствиям во всех сферах жизни больного: в духовной (через размышление о смерти, вере, изоляции, бессмысленности), в сексуальной (через возникновение чувства собственной непривлекательности, боль, снижение потенции), в психоэмоциональной сфере (через возникновение депрессии, отвращения, страха, изоляции), в социальной (через боязнь быть отвергнутым, неспособность действовать самостоятельно), в семейной (через изменения в отношениях, потерю опорной функции в семье).

Выбор психологических и психотерапевтических методов коррекции. Больные проходят разные стадии психологической реакции на болезнь. Поведение врача должно быть адекватно каждой стадии. Если больной находится на стадии отрицания, то нужно понять, что это помогает ему справиться в настоящее время с повседневной жизнью и путем поддерживающей терапии помочь определить ему список реальных целей. Если больной тревожен, его следует успокоить. В этом случае успешности можно достичь через поддерживающую терапию, обучение саногенному мышлению или

релаксационным техникам. В ситуации агрессии, гнева следует определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, то следует помочь отреагировать эмоции, если это аутоагрессия, можно помочь поместить опыт пациента в длительную временную перспективу, осмыслить ее, подключая экзистенциальную или религиозную ориентацию. В ситуации депрессии, следует помочь высвободить не пережитое горе, невысказанные обиды, не отреагированные эмоции. При отчуждении – проанализировать семейные проблемы и выявить причины дисгармонии, идущие из прародительской семьи, детства. Параллельно должна вестись работа с семьей и близким окружением. Выбор психотерапевтических техник должен учитывать особенности личности, стадии развития заболевания и психологические реакции на болезнь. Это могут быть техники поведенческой, когнитивной, рационально-эмотивной, экзистенциальной и христианской психотерапии, элементы гештальт-терапии и психодрамы. Эффективность психокоррекционного и психотерапевтического воздействия можно измерять по методике САН (самочувствие, активность, настроение) и методик на изучение качества жизни.

Общение с больным. Процесс общения выстраивается в трех планах: вербальном, невербальном, внутреннем. В онкологической практике эти планы особенно часто не согласуются. В зависимости от особенностей личности, больные по-разному относятся к процессу общения. Некоторые больные начинают избегать общения. Другие улавливают выражение обременительности, третьи сами не хотят быть в тягость родственникам. У большинства просто не хватает сил для общения. В данном случае психологической проблемой для врача является «присоединение» к пациенту. Общение с больными должно начинаться с установления доверительных отношений, искреннего невербального и вербального контакта. Для них очень важным оказывается телесный контакт, т.к. их многие избегают. Врачу следует говорить с ними на языке пациента, о том, о чем он хочет. Основным механизмом общения должна стать эмпатия, очень важно научиться слушать пациента. Только после установления доверительных отношений и контакта можно проводить внушающее и убеждающее воздействие. Все эти правила выполнимы только в случае безусловного принятия больных, истинного отношения к ним, интереса, соучастия, а не жалости. Общение с ними должно непременно соответствовать особенностям их личности, стадиям развития заболевания. Не менее важно для медицинского персонала умение обучать больного и родственников выполнению назначений, лечения, ухода. Решением этой проблемы должна быть хорошая психолого-педагогическая и психотерапевтическая подготовка медицинского персонала.

Общение с родственниками больного. Последствия заболевания часто приводят к разрушению семьи, смерти близкого человека, обострению всех отношений и противоречий в семье. Нередко в сложной экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватные реакции на болезнь. Достаточно распространена практика, когда психологическая и психотерапевтическая помощь оказывается необходимой в большей степени самим родственникам, чем больному. План лечения и ухода должен обязательно разрабатываться врачом вместе с семьей при учете рекомендаций психолога. Кризисная ситуация – тяжелая болезнь близкого человека – является индикатором адаптивности и сплоченности семьи. Их показателями являются степень аффилиации и поддержки своего близкого, а также других больных, регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи. При общении с родственниками необходимо помочь им перейти от первоначальной реакции к большей открытости и доверию. Врач должен помочь им проявить инициативу для совместного обсуждения проблемы. Следует настаивать на частых визитах, но при этом надо учить, как наносить визиты к пациенту, как себя вести, оказывать поддержку ему и другим пациентам в палате, проявляя истинные чувства. Необходимо дать понять родным и близким, что пациент должен иметь возможность самому отвечать за свое здоровье. Нередко пациент лучше понимает, что с ним происходит и чувствует собственное состояние, а родственники навязывают ему свое мнение. Иногда пациент уже принимает возможность близкого ухода из жизни, а родные удерживают его, диктуют свою волю. «Поддерживайте, не стараясь спасти». Не менее важная задача – научить родственников жить с болеющим человеком общей жизнью, поддерживать его своим пониманием и принятием его чувств, укрепляя в нем те надежды, которые реалистичны. Следует поддерживать родственников, когда у них складывается ощущение, что все неприятности больной вымещает на них, и они чувствуют себя бесполезными или виноватыми. Необходимо объяснять им чувства больного, как важно для него, останется ли он в одиночестве, переживает ли тоску, депрессию, гнев. Имеет смысл объяснить родственникам, что помочь могут совершенно неожиданные вещи: например, приятные воспоминания, пение песен, музыка, улыбка, юмор. В задачу врача также входит разрушение мнения о том, что родственники должны сохранять внешнее самообладание, чтобы психологически поддержать больного. Больной понимает неестественность этого состояния, что блокирует свободное выражение его собственных эмоций. Родственники также должны выражать свои истинные чувства, и наша задача – способствовать их самораскрытию. Например, «Я чувствую, как вам тяжело», «Я разделяю ваше горе». Нередко психологическая и психотерапевтическая помощь нужна в большей степени именно родным больного.

Психологическая и психотерапевтическая помощь персоналу, работающему с онкологическими больными. Медицинский персонал испытывает постоянный дискомфорт, воздействие на психику со стороны самих больных, их родственников, приводящие к профессиональной деформации, синдромам хронической усталости и эмоционального выгорания, заключающимся в изменении отношений к работе, к близким людям, к самому себе, к переживаниям. Работа в экстремальных условиях нередко заканчивается собственными заболеваниями. Данная проблема должна сниматься через организацию психологической диагностики состояния персонала и оказания ему психотерапевтической поддержки, ибо психологическое состояние больных прямым образом зависит от психологического состояния тех, кто с ним работает. Психолог и психотерапевт должны обучить врача методам психологической безопасности, приемам саморегуляции и саногенного мышления, способам психической и энергетической защиты.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF WORKING WITH CANCER PATIENTS

Rusina N. A., assistant professor, Head of the Department of Clinical Psychology, Yaroslavl state medical University.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Сенченко Н.А., senchenko2004@rambler.ru, врач- психотерапевт высшей категории,
ОГАУЗ «Братский Перинатальный Центр», Иркутская область, г. Братск.

Аннотация: за последнее десятилетие в нашей стране произошло много изменений, в том числе и в медицине. В акушерстве внедряются новые технологии, основанные на фактических данных. Улучшается психотерапия и психологическая помощь беременным женщинам. В муниципальном перинатальном центре используют самые мягкие и безобидные методы психотерапии, которые успокаивают чувство тревоги и резистентности.

Ключевые слова: перинатальный центр, психотерапия, новые технологии.

Родильный дом г. Братска существует как самостоятельное учреждение родовспоможения более 40 лет. Являясь перинатальным центром, оказывает стационарную помощь беременным группы высокого риска с экстрагенитальной патологией всего города, района и других городов области. Имеет 1-ю категорию. В 2017 году всего было принято 1485 родов, из них 478-партнерских. Ежегодно уменьшается количество населения в районе обслуживания, в том числе фертильного возраста. Остается высокой экстрагенитальная патология. Большой процент социально неблагополучных женщин. Количество беременных групп высокого риска увеличивается за счет высокой экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерского анамнеза, аборт в анамнезе, инфекций, наркомании, хронической алкогольной и никотиновой зависимости [11].

За последние десятилетия большие изменения произошли в сфере здравоохранения, в т.ч. в акушерстве. Значительно изменились подходы к ведению беременных в женской консультации, отделении патологии беременности, родовом отделении. Стали внедряться ресурсосберегающие технологии, повлекшие снижение койко- дней и показаний к госпитализации, сократилось пребывание женщин в послеродовом отделении. Происходит отказ от агрессивного ведения родов. Совершенствуется психотерапевтическая и психологическая помощь беременным женщинам. В ОГАУЗ "Братский Перинатальный Центр" используются наиболее мягкие, щадящие психотерапевтические подходы, не усиливающие чувство тревоги, сопротивления.

С марта 2004 года ОГАУЗ "Братский Перинатальный Центр" участвует в совместном российско- американском проекте «Мать и дитя». В рамках проекта была проведена учеба кадров, внедрены новые технологии. Проведено обучение медперсонала по программе «РОУС»- «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи» по следующим темам: современные методы контрацепции, контрацепция у подростков, принципы и технологии ухода за новорожденными, грудное вскармливание, принципы организации инфекционного контроля, роды- ориентированные на участие семьи. В ноябре 2007 года экспертами ВОЗ/ ЮНИСЕФ проведена оценка работы коллектива ОГАУЗ «Братский Перинатальный Центр» и присвоено звание «Больница доброжелательного отношения к ребенку».

Психолог, имеющий акушерско- фельдшерское образование и стаж работы более 15 лет на перинатальном участке, проводит занятия по психопрофилактической подготовке к родам для беременных женщин и их партнеров, желающих оказывать поддержку женщине во время родов. Психотерапевтическая помощь впервые начала оказываться 25 лет назад для беременных отделения патологии с угрозой прерывания беременности, нарушениями сна, тревожными, астеническими состояниями, неврастенией в виде индивидуального консультирования и сеансов гипноза- отдыха в хозрасчетных условиях.

С января 1997 года введена ставка психотерапевта. С ноября 2004 года – психолога.

С учетом изменений, произошедших в акушерстве, приобрела и другую форму психотерапевтическая помощь. В женской консультации, отделении патологии беременности для выбора направления работы периодически проводятся скрининговые исследования. В результате анкетирования беременных женщин выявлены следующие тенденции.

Большинство беременных – это молодые неработающие женщины со средним, специальным или высшим образованием. Часть из них весьма активна в приобретении нового опыта и знаний, внимательна к рекомендациям врачей, охотно посещает занятия по психопрофилактике беременности. Другая часть проявляет пассивное сопротивление, очень трудно включается в процесс общения, пренебрегая медицинскими рекомендациями. Третья часть – беременные женщины, которые требуют внимания психотерапевта.

Основные клинические психопатологические синдромы, согласно МКБ-10, с которыми наблюдаются в кабинете психотерапии беременные, это: Депрессивный эпизод – F 32, Специфические (изолированные) фобии – F 40.2, Генерализованное тревожное расстройство – F 41.1, Смешанное тревожное и депрессивное расстройство – F 41.2, Расстройства адаптации – F 43.2, Расстройства сна неорганоческой природы – F 51.

Встречаются и другие, но значительно реже, эпизодически. Соответственно этиологии, патогенезу, клиническому проявлению этих состояний, разрабатываются психодиагностические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические подходы к ведению беременных.

Особенностью психопатологии беременных женщин является то, что расстройство довольно часто возникает не во время беременности, а задолго до нее, но не идентифицируется как болезненное состояние самой женщиной и другими специалистами. Или беременность, предъявляя повышенные требования к организму женщины с физической, психической, социальной сторон, способствует проявлению скрыто протекающей симптоматики в форме тревожных или депрессивных расстройств разной степени выраженности или угрозы прерывания беременности как психосоматического уровня реагирования (особенно на фоне заболеваний, передающихся половым путем, отягощенного акушерского анамнеза,

экстрагенитальной патологии). Аналогично послеродовая депрессия часто оказывается впервые выявленными генерализованным тревожным расстройством, депрессивным эпизодом, существовавшими до беременности.

Лечение психотропными препаратами данных состояний очень эффективно, но ограничено во время беременности. Поэтому в процессе индивидуальной психотерапии с каждой женщиной происходит проработка осознания причин, вызвавших данное состояние. Используется интегративный и комбинированный подход. Крайне редко назначаются антидепрессанты. По показаниям – разрешенные акушерскими стандартами транквилизаторы (сибазон) 10–14 дневными курсами при выраженном эмоциональном напряжении, бессоннице. Базовыми препаратами являются валериана (таб.), пустырник (таб.), глицин (таб.), новопассит (сироп, таб.), фитосборы с седативным, анксиолитическим действием. Схема назначения ориентирована на смягчение симптоматики или ее полное устранение в более легких случаях, подбирается индивидуально.

Психотерапевтические подходы предпочтительны более мягкие, щадящие, чем у небеременных, не усиливающие чувство тревоги, сопротивления. Давно применяются и являются самыми безопасными при правильном использовании суггестивные методы – гипноз-отдых, аутотренинг, эриксоновский гипноз, музыкотерапия, приемы «глубокого» дыхания и релаксация по Джекобсону. Трофотропное действие этих методов снижает тревогу, беспокойство, регулирует процессы торможения и возбуждения, снижает интенсивность проявления навязчивых мыслей, страхов, улучшает настроение, сон, уменьшает астенические проявления, способствует формированию новых поведенческих навыков и установок. Аффирмации, используемые во время сеансов в состоянии релаксации, помогают в преобразовании иррациональных представлений, автоматических мыслей, негативных эмоций.

В индивидуальной психотерапии на протяжении 20 лет использовались аутотренинг, классический и эриксоновский гипноз, аналитически ориентированные, когнитивно-поведенческие, проблемно-ориентированные методы, гештальт-терапия. В последние 5 лет преобладает гештальт-терапия – индивидуальная, супружеская, семейная, в том числе при депрессивных и тревожных расстройствах у взрослых, детей и подростков.

Сеансы релаксации проводятся в стандартизированном варианте. Разработано и записано более 10 сеансов релаксации для беременных женщин в музыкальном сопровождении по всем правилам гипнотерапии (классический и эриксоновский гипноз, АТ). Это позволяет использовать данные сеансы не только с лечебной, но и с диагностической целью. Для беременных с легким течением тревожных и депрессивных расстройств достаточно психотерапевтической помощи. При выраженных эмоциональных расстройствах во время сеанса проявляются вытесненные образы, чувства, мысли, с которыми продолжается индивидуальная работа. В процессе психотерапии ведутся ежедневные дневники и выполняются домашние задания.

При желании женщины и партнера проводится семейное консультирование и психотерапия.

Беременность – не болезнь, хотя дополнительные требования к женскому организму делают его более ранимым и чувствительным, чем в другие периоды жизни. Ожидание ребенка и материнства выносит на поверхность такие чувства, как осознание собственной сексуальности, воспоминания о детстве, о родителях и их отношениях, представление о себе как о роженице и как о матери. В процессе беременности и родов женщину наблюдают акушеры–гинекологи и другие специалисты, в зависимости от состояния ее здоровья. Психотерапевт – пока еще редкий врач, помогающий беременной женщине адаптироваться к ее состоянию.

С целью уточнения некоторых особенностей психики беременных женщин, в перинатальном центре было проведено скрининговое исследование. Для определения психологического и психического статуса существует множество способов, дающих возможность предложить более точный, целенаправленный способ воздействия на личность. Одним из таких методов исследования является тест–опросник Индекс Жизненного Стиля (ИЖС) или Life Style Index (LSI), разработанный Р.Плутчиком в соавторстве с Г.Келлерманом и Х.Р.Конти в 1979 году для измерения степени использования индивидом (группой) различных механизмов защиты [2, 5].

Исследование проводилось с беременными женщинами в возрасте 25+1,6 лет (от 19 до 33) в количестве 25 человек. Первородящие – 10 чел. (40%)[10].

Доминирующим МПЗ у беременной женщины является усиленная регрессия (56%), что может проявляться импульсивностью, зависимостью, переключением ответственности, неумением доводить начатое дело до конца, легкой сменой настроения, плаксивостью, при стрессе – повышенной сонливостью и неумеренным аппетитом, склонностью к мистике и суевериям, непереносимостью одиночества, умением легко устанавливать поверхностные контакты.

Почти половина женщин (48%) имеют усиленную проекцию: склонны приписывать людям недостатки, обидчивы, ригидны, длительно обдумывают ситуации, трудно переключаемы, подозрительны, с обостренным чувством несправедливости, ревнивы, упрямы, несговорчивы, нетерпимы к возражениям, замкнуты, пессимистичны, повышено чувствительны к критике и замечаниям, требовательны к себе и другим.

У 44% недостаточно развита интеллектуализация, что проявляется эмоциональной неустойчивостью, склонностью к необдуманному поступкам.

1/3 женщин – 32% имеет недостаточно развитое подавление, что сопровождается неумением сдерживать беспокойство и страх, развитием панических состояний, предчувствием опасности.

Каждая четвертая женщина (24%) с недостаточно развитыми МПЗ – отрицанием и замещением: не уверены в себе, фиксированы на неприятностях, самообвинении, самокритике и склонны к аффективным реакциям.

Менее значительно представлены другие отклонения МПЗ от средней нормы.

Доверчивы, склонны к переоценке своих возможностей, принятию субъективно приятного (16%); стремятся компенсировать комплекс неполноценности с помощью компенсации или атрибутами профессии (8%), лицемерие, ханжество, подчеркнутое стремление соответствовать социальным нормам, желание быть примером для окружающих (8%); возможна реактивная депрессия (4%); чрезмерно контактны, открыты, не имеют барьеров в общении (4%); асоциальны

(4%); стремятся забыть травмирующую ситуацию (4%); испытывают гнев на себя, возможность зависимости, алкоголизма, травматизма (4%).

Отсутствуют женщины с усиленной интеллектуализацией.

Сбалансированы ПЗ у 4% (1 чел.).

Наибольшее количество отклонений ПЗ –3, у 9 чел. (36%).

У женщин, имеющих одно отклонение МПЗ, отсутствует усиление регрессии. С нарастанием количества МПЗ, отклоняющихся от средних значений, увеличивается число женщин, использующих усиленную регрессию и проекцию.

Учитывая зависимость МПЗ от социально-психологических и клинических обстоятельств, направление работы врача-психотерапевта может быть выбрано, исходя из полученных данных. 96% беременных перинатального участка нуждаются в психотерапевтической помощи.

Первый этап – неспециализированная психологическая помощь, оказываемая на акушерском участке.

Так как половина женщин имеет усиленную регрессию, целесообразно использовать технику «безусловного принятия» женщины, такой, какая она есть, не стремясь изменить ее поведение сразу, на первом же приеме. Осуществить так называемое присоединение – не вызывать сопротивления женщины и ее негативной реакции. Это важно и потому, что, начав беседу с критики беременной, прямых указаний, специалист, ведущий акушерский прием, повышает и без того усиленную проекцию, проявляющуюся обидчивостью, подозрительностью, застреванием на переживаниях, упрямством и несговорчивостью, еще более обостряет чувствительность к замечаниям, приводя к психосоматике (головным болям, вегето-сосудистой дистонии, болям в различных частях тела и т. д.) Резкий тон беседы еще более выводит из равновесия неустойчивую психику беременной женщины при низкой интеллектуализации (почти у каждой второй). При отсутствии возможности к анализу и самоанализу, самоконтролю, дисциплинированности и ответственности повышается риск неадекватного поведения. Т.е., вместо ожидаемого «грамотного» поведения беременной после приема – полное недовольство врача (акушерки) и пациентки друг другом.

Мы не можем директивно повлиять на психику беременной женщины. Но, зная ее особенности, можно использовать это для облегчения психологического контакта между женщиной и медперсоналом, разработав специальные приемы профессионального общения с пациентками [6].

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2004.-с.133-144.
2. Вассерман Л.И. и соавт. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Методическое пособие для врачей и психологов. С- Пб.:НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1999.-с.49.
3. Вассерман Л.И.,Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение.- СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003.- 736 с.
4. Коваленко Н.П.- Маджуга. В добрый путь к успешным родам. - С-Пб.: ИПТП. 2005.- 184 с.
5. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. С-Пб.: 2002.- 416 с.
6. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. М.: ЭКСМО- пресс. 1999.- 464 с.
7. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 1056 с.
8. Сенченко Н.А.Сравнительный анализ механизмов психологической защиты у женщин во время беременности и перед абортom //Актуальные проблемы клинической медицины/ Под ред. А.А. Дзизинского.- Иркутск: ГИУВ,- 2004- 268 с.
9. Сенченко Н.А.Особенности механизмов психологической защиты у беременной женщины перед абортom. //Медико-психологические аспекты современной пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии /.-М.: Издательство Института психотерапии,2005.-201 с.
10. Сенченко Н.А. Особенности механизмов психологической защиты у беременных женщин. //Журнал «Перинатальная психология и психология родительства»- 2006- №1- с. 72- 75.
11. Сенченко Н.А. Психологическая и психотерапевтическая работа в перинатальном центре. // Репродуктивное здоровье общества./ С- Пб.:Издательство «ИПТП», -2006.- с.292.
12. Чичерина Н.А. Воспитание до рождения.- М.: Academia, 2007.- 100 с.

PSYCHOTHERAPY IN THE PERINATAL CENTER

Senchenko N., senchenko2004@rambler.ru, Doctor of medicine, Highest Category Board Certified (Russia).Regional "Bratsk Perinatal Center", Irkutsk region, Bratsk.

Abstract: A lot of changes have taken place in our country including medicine in the last decade. New technology is being introduced in obstetrics which is evidence based. Psychotherapist and psychological help for pregnant women is improving. In the Municipal Perinatal Centre they use the most soft and harmless psychotherapist methods which soothe the feeling of anxiety and resistance.

Key words: perinatal centre, psychotherapy, new technology.

References

1. Abramchenko V. V. Pregnancy and high-risk childbirth: a Guide for physicians.-M.: Medical information Agency, 2004.-p. 133-144.

2. Vasserman L. I. et al. Psychological diagnosis of the index lifestyle. Methodical manual for doctors and psychologists. S - Pb.:NIPI them. V. M. Bekhterev, 1999.-p. 49.
3. Wasserman L. I., Shelkova O. Y. Medical psychodiagnostics: theory, practice and training.- SPb.: Philological faculty of St. Petersburg state University; Moscow: Publishing center "Academy", 2003.- 736 с.
4. Kovalenko N. P.- Madruga. Good way to successful childbirth. - S-Pb.: IPTP. 2005.- 184.
5. Romanova E. S. Graphic methods in practical psychology. S-Pb,,: 2002.- 416 p
6. Rogers, C. Counseling and psychotherapy. M.: EKSMO - press. 1999.- 464 с.
7. Manual of outpatient care in obstetrics and gynecology / ed. by V. I. Kulakov, V. N. Prilepskaya, V. E. Radzinsky. –M.: GEOTAR-Media, 2006.- 1056 S.
8. Senchenko N..Comparative analysis of psychological defense mechanisms in women during pregnancy and prior to abortion //Actual problems of clinical medicine/ edited by A. A. Zainskogo.- Irkutsk: GIUV,- 2004-268 S.
9. Senchenko N..Peculiarities of psychological defense mechanisms from the pregnant woman before the abortion. //Medical-psychological aspects of modern prenatal and perinatal psychology, psychotherapy and Perinatology /.-M.: Publishing house of Institute of psychotherapy,2005.-201 S.
10. Senchenko N.. Peculiarities of psychological defense mechanisms in pregnant women. //”Perinatal psychology and psychology of parenthood”- 2006- №1 - p. 72 - 75.
11. Senchenko N.. Psychological and psychotherapeutic work in the perinatal centre. // Reproductive health of the society./ S - Pb.:Publishing house "IPCP", -2006.- S. 292.
12. Chicherina N.. Parenting before birth.- M.: Academia, 2007.- 100 С.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РИСУНКА «МОЯ БОЛЕЗНЬ» ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Сысоева О.В., Olga-mail2005@mail.ru, к.психол.н., доцент кафедры педагогики и психологии
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск

Корнеева Н.В., к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии с курсом эндокринологии
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск

Аннотация: В статье анализируется опыт использования рисунка «своей болезни» при работе с пациентами различных соматических патологий. Опираясь на двухлетний период взаимодействия с рисунками «своей болезни» авторы статьи демонстрируют возможности реализации биопсихосоциального подхода при интерпретации причин психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: символическое проявление болезни, психология тела, символика цвета.

Еще в 1916 г. К.Г.Юнг пришел к мысли о том, что «...всем управляет неведомый импульс, бессознательное а priori выражает себя в пластической форме....Кажется, что все происходящее управляется не только смутным чувством присутствия бессознательного, но и предвидением его смысла. Образ и смысл тождественны; и как только одно приобретает форму, другое становится ясным...проявление бессознательного не нуждается в интерпретации: оно само являет свой собственный смысл» [4]. Голомб так же отмечает, что рисование и художественное творчество являются, выражением невысказанной боли и тревожных чувств, но они также являются деятельностью, которая приносит удовольствие и представляет собой средство достижения чувства безопасности и могут открыть потенциал детей к адаптации, выдержке и благополучию при обстоятельствах, которые могут представляться чрезвычайными. Этот аспект художественного творчества может ... способствовать стрессоустойчивости у детей, что является гораздо более важным, чем только рассмотрение рисунка как простого отражения эмоционального состояния [3]. В течение 2015–2017гг. нами были собраны и проанализированы рисунки пациентов с различными соматическими патологиями на тему «Моя болезнь» [10; 11]. Процесс нашел живой отклик у врачей и пациентов, с которыми они работали.

Из 35 рисунков «своей болезни» выявилось два наиболее ярких клинических случая. Пациентка 11 лет с диагнозом «Врожденное левостороннее косолапее», изобразила себя в утробе, сидящей в позе лотоса, с комментарием: «Я в животике у мамы сидела и ножку отсидела» (рис.1).

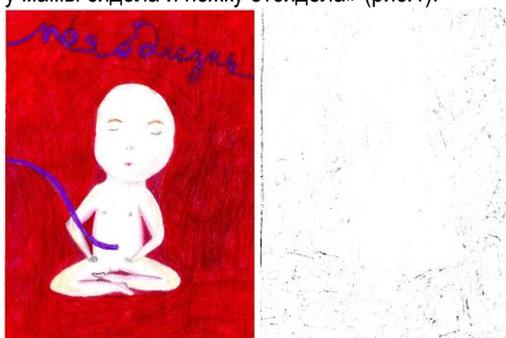


Рис. 1. Врожденное левостороннее косолапее: а) лицевая сторона рисунка, б) оборотная сторона рисунка.

Фон рисунка закрашен красным, вероятно, таким образом, ребенок показал мамку. Согласно символике цвета самое сильное эмоциональное воздействие оказывает на человека красный цвет. Это одновременно и самый теплый цвет. Считается, что выбор красного цвета связан с тенденцией к самореализации. Скорее всего, в период вынашивания мама перенесла некое эмоциональное потрясение, а ребенок, будучи в физиологическом и психологическом симбиозе с матерью, взял часть ее эмоциональных переживаний на себя. Примечательно, что повреждена именно левая стопа. По мнению А.Лоузена и Боаделлы, качество заземления отражает, насколько человек ощущает стопы [5]. Если этот ребенок в утробе начал ощущать свою стопу (условно), то, вероятно, тем самым он дал маме опору, чтобы она-таки его доносила и дала возможность появиться на свет. На «мудрость» плода указывает поза мудреца и фиолетовая пуповина, а так же надпись «моя болезнь» изображенная фиолетовым цветом. По символике цвета фиолетовый – это цвет выравнивания и равновесия, цвет меры, сдержанности и соответствия, цвет знания и интеллекта, цвет величия, мистики и мудрости. С другой стороны, он способствует эндогенной возбудимости, выражает внутреннее беспокойство, которое может означать как опасность, так и шанс творческого открытия. С этим цветом связывают религиозную самоотверженность, святость, смирение, покорность и покаяние. Согласно символике тела привычка поджимать внутрь пальцы стопы (в данном случае задействована вся стопа) указывает на стресс и нежелание двигаться вперед, сопротивление и страх перед неорганизованным образом жизни [9]. По достижению сознательного возраста пациентка отказывалась носить ортопедическую обувь, что еще раз указывает на глубокий внутренний страх, заложенный еще в утробе матери. В данной ситуации маме так же необходимо рекомендовать работу с психологом, чтобы снять внутреннее напряжение и позволить ребенку развиваться. Процесс рисования для пациентки был терапевтичен, на что указывает тщательность прорисовки эмбриона и сила нажима карандаша, во время изображения фона рисунка (с обратной стороны рисунка отчетливо проявляется заливка фона).

Похожий рисунок, по интенсивности прорисовки, предоставила пациентка 23 лет, с диагнозом «Нейродермит». В качестве «своей болезни» она изобразила некое чудовище соскаленными зубами и ярко-желтыми глазами (рис.2).



Рис.2. Нейродермит: а) лицевая сторона рисунка, б) оборотная сторона рисунка.

Несмотря на разный возраст авторов рисунков и их диагнозы, здесь также использована яркая палитра красок. На обороте рисунка видна интенсивно закрашенная фигура персонажа, в отличие от предыдущего случая, где был прорисован фон. Интенсивность прорисовок и яркость красок указывает на эмоциональную вовлеченность пациента в процесс отреагирования своего соматического состояния посредством изобразительной деятельности. В первом случае – прорисован фон рисунка, характеризующий стенки матки, которые, вероятно, находясь в тонусе, запечатлелись в бессознательном психике ребенка. На рисунке №2, наоборот, акцент – на персонаж. При нейродермите, возможно, пациентка воспринимает свою болезнь как процесс избавления от старой кожи, которая слезает с нее лохмотьями по линиям разрыва, что естественно причиняет ей боль, которую можно отследить лишь по звериному оскалу с тыльной стороны рисунка. Обе пациентки для ясности своего состояния подписали рисунки «моя болезнь», хотя по инструкции этого не требовалось. Демонстрируя, таким образом, явный психосоматический компонент своего заболевания. Еще в 1957 г. Юнг указывает на идею о том, что «бессознательное ведет себя в компенсаторной или комплементарной манере по отношению к сознанию» и делает ссылки на «контр-позицию» в бессознательном и «контр-действие» в бессознательном [7,с.62.]. В представленных рисунках мы видим явное проявление бессознательного в противовес слабому процессу осознания, представленному в виде фразы «моя болезнь» на самом рисунке. Таким образом, техника «рисунок своей болезни» достаточно наглядно демонстрирует версию Юнга о процессе взаимодействия сознательного и бессознательного и позволяет относительно безболезненно для физического состояния пациента соприкоснуться на уровне его психики с истинными причинами, приведшими человека к соматизации его бессознательных процессов.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2011 – 320с.
2. БоленДж.Ш. У последней черты. Смертельно опасная болезнь как путешествие души. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2017. – С.20-25.
3. Дилео, Джон. Детский рисунок: Диагностика и интерпретация / Пер. с англ. Е.Фатюшиной. – 3-е изд. – М.: Апрель Пресс, Психотерапия, 2009. – 256с.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. – Пер. с англ. – М.:

- Когито-Центр, 2015. – С.337-353.
5. Лоуэн А. Психология тела – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010 – 256с.
 6. Малчиоди К. Постижение детского рисунка. "Институт общегуманитарных исследований" / К. Малчиоди. СПб.: 1998 – 307 с.
 7. Миллер Дж. Трансцендентная функция. Юнгианская модель психологического роста путем диалога с бессознательным. – М.: Клуб Касталия, 2014. – 312с.
 8. Обухов Я.Л. Символдрамма. Введение в основную ступень. – Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005.- 120с.
 9. Сахарова В.Г. Психология тела. Диагностика отношения к телу. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2011. – 112с.
 10. Сысоева О.В., Ткаченко О.И., Александрова В.В., Блохин Г.Р. Функциональный анализ причин физической травмы, посредством детского рисунка (аналитический подход) // Личность в норме и патологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 20-21 апреля 2017г., Челябинск / под ред. М.В. Овчинникова. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – С. 196-198.
 11. Sysoeva O., Petrov G. DRAWING AS A MEANS OF THE CRISIS SITUATION REFLECTION IN CHILDREN WHO HAVE EXPERIENCED AN INJURY. ANALYTICAL APPROACH // Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference "Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential", Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. – 466-476a.

DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF DRAWING "MY DISEASE" IN VARIOUS SOMATIC PATHOLOGY

Sysoeva O.V., Korneeva N.V., Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia.

Abstract: the article analyzes the experience of using the picture "My disease" in working with patients with various somatic pathologies. Based on a two-year period of interaction with the drawings, the authors demonstrate the possibility of implementing a biopsychosocial approach in interpreting the causes of psychosomatic diseases.

Key words: Symbolic manifestation of the disease, the psychology of the body, the symbolism of color

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Шадманова Л.Ш., Матякубова М.К., Хамдамов Ш.И., Рахмонов О.Р., Бабаев Ж.С., Курбаниязова Ш.К.

Кафедра психиатрии и наркологии ТМА. г. Ташкент. Республика Узбекистан

Аннотация: Климакс сопровождается не только обменно-эндокринными, но также психическими и вегетативными нарушениями. Целью исследования было определить распространенность расстройств депрессивного спектра у больных (64) в климактерическом периоде, осложненным алкоголизмом и их взаимосвязь с какими-либо клинически значимыми характеристиками данного состояния.

Ключевые слова: климакс, депрессия, аффективные нарушения, алкоголизм.

Патологическое течение климакса сопровождается не только обменно-эндокринными, но также психическими и вегетативными нарушениями, можно предположить, что климактерический период, как правило, коморбиден с пограничной психической патологией, и прежде всего с условно единой группой «расстройств депрессивного спектра в общей врачебной практике». Эта группа включает пограничные психические расстройства различной нозологической принадлежности, при которых наблюдается как синдромально очерченная, так и субсиндромальная депрессивная симптоматика, вследствие чего результаты заполнения различных опросников самооценки депрессии (Бека, Цунга) данными больными оказываются положительными. Следует отметить, что расстройства депрессивного спектра в общей врачебной практике последнее время привлекают интенсивное внимание исследователей, поскольку их распространенность среди пациентов терапевтического профиля составляет 40–60%, при этом, данные нарушения существенно ухудшают качество жизни.

Общеизвестно, что определённые дозы алкоголя временно снимают явления депрессии, и это обстоятельство закладывает краеугольный камень в развитии алкоголизма в климактерическом периоде. Но с другой стороны, алкоголизм обостряет и усложняет течение климакса, что конечно может вести к ухудшению качества жизни больных. Однако, в доступной литературе нам не удалось обнаружить определенных данных о распространенности расстройств депрессивного спектра у больных в климактерическом периоде, осложненным алкоголизмом и их взаимосвязях с какими-либо клинически значимыми характеристиками данного состояния.

Объект исследования – 64 женщины в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст $52 \pm 1,8$ года). Все пациентки были подразделены на 2 группы: 1-я основная группа из 32 (50%) женщин страдающие алкогольной зависимостью в климактерическом периоде, 2-я сравнительная группа из 32 (50%) женщин без алкогольной зависимости с признаками климактерических проявлений, получавшие лечение в пограничном отделении.

Как в основной группе, так и в группе сравнения у больных отмечалась множественная сочетанная соматическая патология. Наиболее часто встречались артериальная гипертензия (у 92,9% больных в обеих группах), ишемическая болезнь сердца (основная группа – 85,3% больных, группа сравнения – 83,4%), хронический гастрит (у 28, 6% больных в

обеих группах). Подобная полиморбидность позволяла нам ожидать достаточной распространенности расстройств депрессивного спектра как в основной группе, так и в группе сравнения.

Больные обследовались с использованием следующих методов.

Клинико-психопатологический–индивидуальный осмотр врачом-психиатром со сбором субъективного анамнеза.

Психометрический метод включал заполнение стандартизированных опросников Гамильтона (для выявления уровня депрессии и тревоги). Как в основной группе, так и в группе сравнения высокие суммарные баллы по опроснику Гамильтона ни в одном случае выявлены не были, однако, часто встречались низкие значения суммарного балла, которые обычно интерпретируются как показатель низкой самооценки. Учитывая, что низкая самооценка, как правило, входит в структуру гипотимии, мы рассматривали низкие баллы по опроснику Гамильтона (суммарный балл менее 36) как дополнительный показатель наличия расстройств депрессивного спектра. Колебания суммарного балла опросника в пределах нормы (36–44 балла) интерпретировались как отражающие доминирование стенических или астенических тенденций в поведении.

Экспериментально-психологический метод включал проведение следующих тестов для оценки когнитивных функций: «Запоминание 10 слов» (оценивались непосредственное и отсроченное воспроизведение), «Корректирующая проба» (оценивалось общее число ошибок), субтест «Копирование рисунка» шкалы MMSE (позволял оценить нарушения исполнительных функций).

Метод анкетирования предусматривал заполнение анкеты, который содержал сведения об имеющихся хронических заболеваниях, жалобах психоэмоционального и неврологического характера, принимаемых медикаментах. По данным анкеты рассчитывались следующие показатели: фактор ПЭ (число жалоб на эмоциональные нарушения), фактор Н (число жалоб на неврологические расстройства), фактор Ф (число ежедневно принимаемых препаратов, о которых больной помнит), фактор И (склонность к ипохондрическим интерпретациям своего состояния).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows 6.0, применяли общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики.

Полученные результаты и их обсуждение. При оценке статистической значимости различий между основной группой и группой сравнения, мы не обнаружили значимых различий по таким показателям, как возраст, стаж заболевания артериальной гипертензии, субъективная оценка интенсивности приливов, факторы ПЭ и Ф по анкетированию, непосредственное воспроизведение, отсроченное воспроизведение, общее число ошибок в корректирующей пробе, исполнительные функции, суммарные баллы опросника Гамильтона.

Вместе с тем, были выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия, отраженные в таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика групп.

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Число «неврологических» жалоб	3,4±0,29	2,5±0,38
Ипохондрические трактовки состояния	2,6±0,33	2,42±0,26

Таким образом, больные основной группы алкоголизмом в климактерическом периоде имели большее число «неврологических» жалоб (головокружения, шаткая походка, головные боли), но были менее склонны к ипохондрическим трактовкам своего состояния, чем больные группы сравнения. Этот факт отражает различия в характере дополнительной симптоматики депрессии (преобладание конверсионных симптомов) у больных и находит подтверждение в данных клинико-психопатологического исследования.

При анализе результатов психометрических методик были получены данные о распространенности расстройств депрессивного спектра, отраженные на рис. 1.

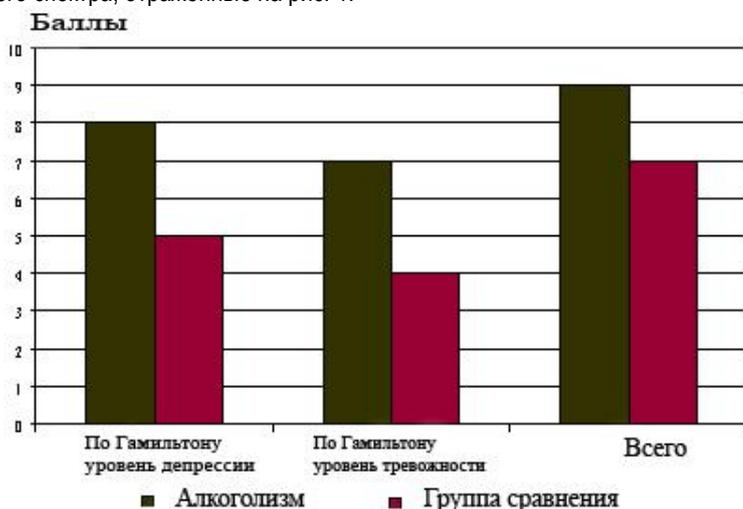


Рис. 1. Число больных с положительными результатами опросников Гамильтона в основной группе и группе сравнения.

Расстройства депрессивного спектра чаще встречались у больных алкоголизмом, нежели у больных группы сравнения. Суммарная распространенность данных расстройств у больных алкоголизмом составляла 64,3%, а у больных сравнительной группы – 50%. Интересно, что полученные данные близки к существующим оценкам распространенности расстройств депрессивного спектра у пациентов общей врачебной практики (40–60%, в зависимости от исследуемой соматической патологии).

Данные о распространенности когнитивного дефицита у обследованных больных представлены на рис. 2.

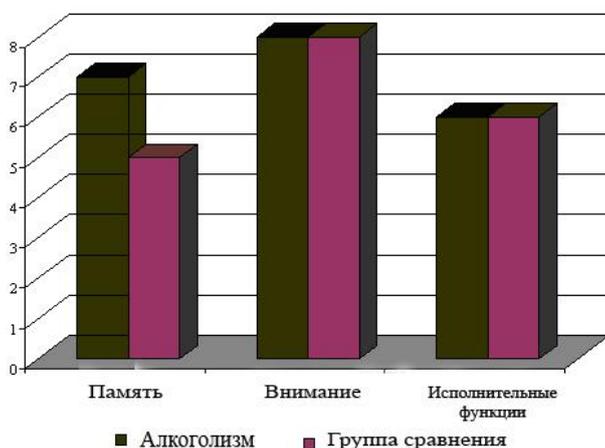


Рис. 2. Число больных с нарушениями когнитивных функций в основной группе и группе сравнения.

Из рис. 2 видно, что у больных алкоголизмом чаще встречались нарушения памяти, чем у больных группы сравнения (распространенность нарушений памяти у больных алкоголизмом 57,1%, у больных сравнительной группы 37,5%). Распространенность нарушений внимания и исполнительных функций в основной группе и группе сравнения существенно не отличались.

Учитывая сопоставимость двух обследованных групп по тяжести соматического состояния, уровню лекарственной нагрузки, можно предположить, что существует какой-то дополнительный фактор, учащающий депрессивные расстройства и нарушения памяти у больных алкоголизмом. Мы полагаем, что таким фактором являются эндокринные расстройства, обусловленные патологическим течением климакса и неспособностью больных адаптироваться к обусловленному возрастом дефициту эстрогенов, которая проявляется как с наличием алкоголизма, так и появлением расстройств депрессивного спектра и мнестической дисфункции.

Результаты клинко-психопатологического исследования больных с синдромальной оценкой состояния отражены на рис. 3.

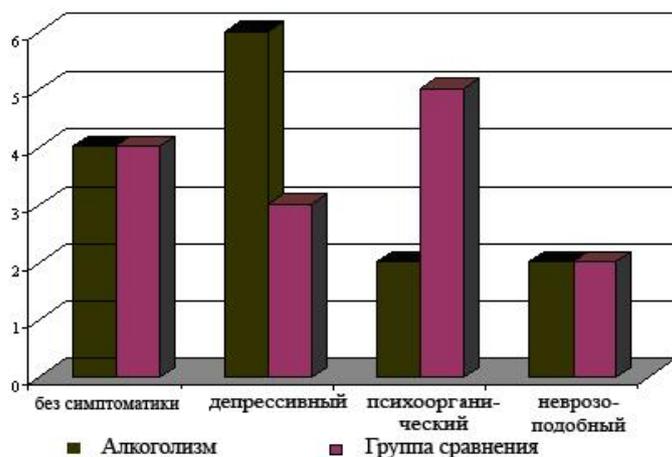


Рис. 3. Число больных с различными психопатологическими синдромами в основной группе и группе сравнения.

У больных алкоголизмом наиболее часто встречался депрессивный синдром, а у больных сравнительной группы – астенический синдром.

Число больных с клинически выявленной психопатологической симптоматикой превышает число больных с расстройствами депрессивного спектра, выявленными психометрическим методом, поскольку состояние 1 больной алкоголизмом и у 3 больных группы сравнения было клинически расценено как астенический синдром без депрессивной или ипохондрической симптоматики. Суммарные баллы опросника Гамильтона у данных больных были в пределах нормы. Структура собственно расстройств депрессивного спектра по синдромальной принадлежности отражена на рис. 4.

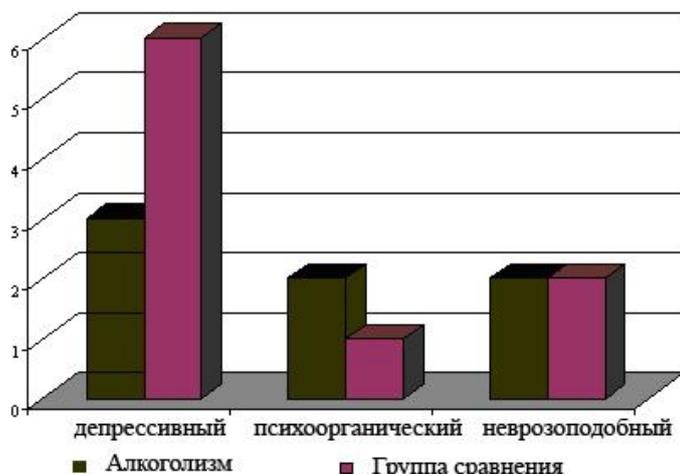


Рис. 4. Синдромальная принадлежность расстройств депрессивного спектра у больных алкоголизмом и больных группы сравнения.

Как видно из рисунка, и у больных алкоголизмом, и у больных группы сравнения основную часть расстройств депрессивного спектра составляют собственно депрессивные синдромы. Однако, у больных алкоголизмом их преобладание над другими расстройствами депрессивного спектра выражено значительно сильнее.

Таким образом, наличие у больных алкоголизмом в климактерическом периоде расстройств депрессивного спектра утяжеляют объективные показатели алкоголизма и способствуют его прогрессированию. Депрессивные симптомы, когнитивная дисфункция и алкоголизм у больных в климактерическом периоде связаны с патологическим течением климактерия.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л. Типология алкоголизма у женщин: прогрессивность, течение, прогноз // Пособие для врачей. - М.: - 2004. - 27 с.
2. Балан В.Е., Тювина Н.А., Балабанова В.В. Психиатрический аспект климактерического синдрома. Акуш. и гин. 1991; № 3; с. 19-21.
3. Вихляева Е.М. Климактерический синдром./ Руководство по эндокринной гинекологии. М., МИА, 2000. с. 603–650.
4. Лобачев Л.С. Динамические тенденции депрессивных расстройств. Материалы первой научно-практической конференции психиатров и наркологов. Ростов – на – Дону, 2004, С. 239–295.
5. Мосолов Н.С. Клиническая диагностика и фармакотерапия депрессий в соматической практике. Терапевтический архив, М., 1999, № 10 с. 70-76.
6. Сметник В.П., Кулаков В.И. Руководство по климактерию. М., МИА, 2001, 685с.
7. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Постменопауза. Физиология и патология. // вестник Российской ассоциации акушерства и гинекологии, 1998, № 2, с. 45-49.
8. Тювина Н.А. Психические нарушения у женщин в период климакса. // Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова, 1991, т.91, вып.2, с.96-100.
9. Тювина Н.А. Особенности клиники, дифдиагностики и лечения психических нарушений у женщин в период климактерия. Основные направления научных исследований психиатрической клиники им. С.С.Корсакова, М., 2000; 55–62.
10. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи // Казанский мед. журнал. -1993. - №5. - С.360-362
11. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. - 2005. - № 1. - С. 55-58.
12. Шаповаленко С.А. Комплексная терапия психосоматических расстройств в перименопаузальный период. // Вестник Российской ассоциации акуш.-гинек. 2000, № 1, с.91-95.
13. Allen L.M., Nelson C.J., Rouhbakhsh P., Scifres S.L., Greene R.L., Kordinak S.T., Davis L.J. Jr, Morse R.M. Gender differences in factor structure of the Self-Administered Alcoholism Screening Test // J. Clin. Psychol. - 1998 Jun. - V. 54. № 4. - P. 439-445.
14. Ballinger C.B. Psychiatric aspects of the menopause (see comments) Br J Psychiatry 1990 Vol.126 P.773-787.
15. Gmel G., Bloomfield K., Ahlstro S., Choquet M., Lecomte T. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four european countries// Substance Abuse. -2000. - V. 21. - No. 4. - P. 249-264.

16. Tosteson A.N.A., Weinstein M.C., Schiff I. Cost-Effectiveness Analysis of Hormone Replacement Therapy. In: Lobo R.A. (Ed.) Treatment of the Postmenopausal women. Basic and clinical aspects // New York: Raven Press, Ltd.-1994.-P.405-413.

SPECIFICS OF AFFECTIVE DISORDERS IN WOMEN WITH ALCOHOLISM IN MENOPAUSE

Shadmanova L.Sh., Matyakubova M.K., Khamdamov Sh.I., Rakhmonov O.R., Babayev Zh.S., Kurbaniyazova Sh.I.

Abstract: Menopause is accompanied not only the exchange-endocrine, but also mental and autonomic disorders. The aim of the study was to determine the prevalence of major depressive disorder spectrum patients (64), menopause, alcoholism, complicated, and their relationship with any clinically significant characteristics of this condition.

ТЕЗИСЫ

ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуллаева В.К., vasila.abdullaeva@tashpmi.uz, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт.

PROTECTIVE-COPING BEHAVIOR OF CHILDREN WITH ANXIETY-PHOBIC DISORDERS

Abdullaeva V.K., Doctor of science, Head of the Department of psychiatry, addiction and child psychiatry, medical psychology and psychotherapy, Tashkent pediatric medical Institute.

Синдромы тревоги и страхов относятся к числу наиболее распространенных психопатологических феноменов детско-подросткового возраста. Несмотря на высокую распространенность тревожно-фобических расстройств в детско-подростковом возрасте, они длительно не распознаются или недооцениваются.

Цель исследования – изучение защитно-совладающего поведения детей с тревожно-фобическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 35 детей школьного возраста с тревожно-фобическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента. Применялись клиничко-психопатологический, экспериментально-психологические и клиничко-статистические методы.

Результаты исследования. Выявлено, что характерными личностными особенностями детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, были замкнутость, неуверенность в себе, зависимость от других. Они обнаруживали напряженность и возбудимость, иногда сочетающуюся с импульсивностью. Для них было свойственны неустойчивость настроения, повышенный уровень тревожных переживаний. В зависимости от структуры семьи различным оказался вклад патологизирующего типа воспитания в паттерны малоадаптивного защитно-совладающего поведения детей.

Патологизирующий тип воспитания способствовал усилению тревожной симптоматики, связан с использованием малоадаптивных защитных механизмов, направленных на уход от реальности. Негармоничный тип воспитания сказывается как на его самооценке, так и на восприятии членов семьи.

Выводы. Таким образом, дети с тревожно-фобическими расстройствами характеризовались повышенной эмоциональной возбудимостью, фрустрированностью, трудностями в сфере межличностных отношений. При совладании со стрессом они склонны к различным замещающим реакциям, содержание которых отражает проявления агрессии направленной, как на другого человека, так и на себя.

МОТИВАЦИОННО-ПОБУДИТЕЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Абдуллаева В.К., vasila.abdullaeva@tashpmi.uz, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт.

MOTIVATIONAL AND INCENTIVE-ORIENTED WITH OPIOID ADDICTION

Abdullaeva V.K., Doctor of science, Head of the Department of psychiatry, addiction and child psychiatry, medical psychology and psychotherapy, Tashkent pediatric medical Institute.

Мотивационная сфера является одной из основных сторон наркологических больных. На этапе формирования клинических признаков зависимости свои психологические задачи больные начинают решать патологическим способом – посредством систематической интоксикации – мотивы, определяющиеся потребностью в редуцировании субъективно тягостной психопатологической симптоматики.

Целью исследования явилось изучение особенностей мотивационно-побудительной направленности лиц с зависимостью от опиоидов.

Материал и методы исследования. Клиничко-психопатологическим методом обследовано 126 больных мужчин с зависимостью от опиоидов в возрасте от 18 до 41 лет.

Результаты исследования. Мотивационная сфера аддиктивного больного рассматривалась в контексте понятия «личностной составляющей» зависимости от опиоидов. Личностные расстройства определяли особенности мотивационно-побудительной сферы у больных с зависимостью от опиоидов. Еще один мотив в динамике заболевания связан с реакциями на собственную наркологическую болезнь, которые определяются характером личностного опосредования болезненной наркотизации, вытекающих негативных нозогенных реакций. В 65,5% случаев нозогенные реакции протекали в виде атипичных тревожно-апатических и деперсонализационных состояний. В 18,5% случаев наблюдалась типичная

депрессивная симптоматика с кататимно окрашенными идеями вины по поводу собственного «безволия». У 10,8% больных встречался гипоманиакальный тип реагирования на болезнь с отрицанием деструктивного характера наркотизации. Выявлено, что в 90% случаев наркологические больные обнаруживали черты амбивалентной нозогнозии.

Выводы. Выявленные элементы двойственного, расщепленного отношения к болезни и к себе самому отражались на внутренней картине болезни и были связаны с состоянием мотивационно-потребностной сферы больного. Личностные особенности определяли напряженность патологического влечения, нозогенные реакции – мотивы к сдерживанию патологического процесса.

АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: РЕКОНСТРУКЦИЯ НАРУШЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ

Александров А.А., profalexandrov@yandex.ru, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общей, медицинской психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

ANALYTIC-CATHARTIC THERAPY: RECONSTRUCTION OF DISTURBED RELATIONS

Alexandrov A.A., Dr. Med. Sci. Prof., Nord-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia, e-mail: profalexandrov@yandex.ru

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – это краткосрочная модель психотерапии, основанная на теории личности и концепции невроза В.Н. Мясищева. Центральным ядром этого метода является имажинативная техника Диалога со значимым другим, предназначенная для прояснения неосознанных переживаний, внутренних конфликтов и комплексов. Конечная цель – реконструкция нарушенных отношений личности. Как известно, достижение этой цели не может ограничиться чисто интеллектуальным осознанием (инсайтом), необходимо включение в терапевтический процесс значимых эмоциональных переживаний. В АКТА эта цель трансформируется в достижение катарсиса. Катарсис рассматривается как феномен, возникающий в момент прорыва психологической защиты, сопровождаемый эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Для преодоления сопротивления терапевт использует прием «двойного дублирования», адресуя свои сообщения, носящие конфронтационный характер, как протагонисту (пациенту), так и его воображаемому собеседнику (проекции его «Я»). Другими словами, в АКТА интеллектуальное осознание сопровождается осознанием эмоциональным, которое возникает в результате конфронтации противоречивых чувств пациента, в частности, при обострении чувства вины, угрызений совести. Необходимым условием является создание определенного психотерапевтического взаимодействия (доверительные отношения, ощущение безопасности и пр.). Техника двойного дублирования выполняет, таким образом, интегративную функцию благодаря сбалансированному воздействию на оба компонента отношения – когнитивный и аффективный. Изменения в поведенческой сфере являются результирующей когнитивных (связанных с осознанием) и аффективных (связанных с отношением к осознанному) изменений.

Реконструкция нарушенных отношений требует, согласно личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, сочетания генетического осознания, достигаемого преимущественно в индивидуальной форме психотерапии, с осознанием интерперсональным, которое в большей степени акцентируется в групповой форме психотерапии. Аналитико-катартическая терапия, благодаря использованию имажинативной техники диалога, предоставляет уникальную возможность сочетания двух видов осознания, – как при проведении индивидуальной, так и групповой терапии. Это связано с тем, что в АКТА проигрываются диалоги со значимыми фигурами из настоящей жизни пациента, прямо или опосредованно включенными в актуальные переживания пациента, и с фигурами первичных социальных групп (родители, воспитатели и проч.), в которых формировались отношения личности пациента.

В процессе аналитико-катартической терапии происходит движение от частичного катарсиса к катарсису интеграции. Каждый диалог с отдельной фигурой заканчивается, как правило, частичным, или неполным, катарсисом. Это – интерперсональное осознание – понимание пациентом своей роли в межличностном конфликте. Для достижения полного катарсиса необходимы диалоги с родительскими или иными фигурами первичной группы. Полный катарсис является результатом интеграции частичных катарсисов, достигнутых в диалогах с отдельными значимыми фигурами. Катарсис интеграции в АКТА – это момент трансформации личности, перестройки нарушенных отношений. При глубокой проработке частных внутренних конфликтов и лежащих в их основе отношений происходит генерализация полученного опыта на другие сферы личностного функционирования с трансформацией в той или иной степени всей системы отношений личности.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ РЕБЕНКА

Александрова О.В., al-ov@bk.ru, канд. психол. наук, психолог, подразделение паллиативной помощи Автономная некоммерческая организация "Детский хоспис".

Дерманова И.Б., канд. психол. наук, доцент Санкт-Петербургского государственного университета.

EXISTENTIAL ATTITUDES AND EXPERIENCES OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS ASSOCIATED WITH LIFE-THREATENING DISEASES OF THE CHILD

Alexandrova O.V., PhD, Psychologist, division of palliative care Autonomous non-commercial organization "Children's Hospice".

Dermanova I.B., PhD, Associate Professor, Saint Petersburg State University.

Работа поддержана грантом РФФИ 16-06-00307а

Введение. Мы исходили из общего предположения о том, что в трудной жизненной ситуации (ТЖС), связанной с тяжелой болезнью ребенка, переживание осмысленности жизни близких родственников ребенка будет связано с оценкой текущей ситуации и иметь определенную доминантную направленность. Экзистенциальные мотивации будут выражаться в виде

доминирующей позиции в субъективном описании ситуации связанной с тяжелой болезнью ребенка. Под доминирующей позицией подразумевается направленность на себя, семейные ценности, окружающий мир или акцент на текущей ситуации. Доминирующая позиция может выражаться в позиции человека по отношению к миру и своей роли в нем и иметь определенный эмоциональный окрас. Мы предположили, что разные экзистенциальные доминанты будут образовывать разные симптомокомплексы переживания сложившейся ситуации. **Выборка:** 132 чел., возраст родственников от 20 до 60 лет. Возраст детей от 3 мес. до 18 лет (не терминальные состояния). Длительность заболевания с рождения по настоящее время (M=2,5). **Методики:** модифицированная мет.-ка «Незаконченные предложения» (Сакса, Леви); мет.-ка «САН»; мет.-ка «СДВ» [2]; мет.-ка «СЖО» [3]; авторская мет.-ка «СДЖС» [1]. **Результаты.** Были выявлены доминанты осмысленности жизни: мотивационный (позиция «Я» – 28,33%; позиция «Болезнь ребенка. Болезнь» – 33,99%; «Другие члены семьи, близкие» – 26,2%; «Окружающий мир» – 15,82%) и эмоциональный компонент (позитивный – в 29,5%; неопределенный – в 19,17%; негативный – в 23,13%). С целью выявления целостных симптомокомплексов, образующих экзистенциальные установки при переживании данной ТЖС, был проведен факторный анализ всех исследуемых показателей. Были получены два фактора, подтверждающие нашу гипотезу, которые можно описать как две разные экзистенциальные позиции. Первая (вес 44,83%) характеризует мотивационную доминанту «Я – хозяин своей жизни» и описывает скорее эгоцентрическую экзистенциальную установку. Эта позиция позволяет более осмысленно переживать происходящее и воспринимать данную ситуацию как ресурсную, воздерживаясь от проявления сильных полярных эмоциональных реакций. Вторая (55,17%) – характеризует возможно более благоприятную экзистенциальную установку, связанную с мотивационной доминантой, обращенной вовне – на семейные ценности. Эта позиция позволяет воспринимать будущее как достаточно прогнозируемое, при этом способствует более отстраненной позиции, в переживании текущей ситуации, и восприятию ее как достаточно осмысленной и благоприятной.

Список литературы

1. Александрова О. В., Дерманова И. Б. Психосемантический подход к оценке сложной жизненной ситуации (на примере ситуации, связанной с заболеванием, угрожающим жизни ребенка) // Вестник СПбГУ. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – Вып.4. – С.40–50
2. Вассерман Л.И. Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени: экспертная и психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей медицинских психологов. – СПб., 2009а. – 44 с.
3. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентации. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
4. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом: Прикладная логотерапия / Лэнгле Альфрид; Пер.с нем. А.Боровиков и др. – М.: Генезис, 2004. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://e-libra.ru/read/253998-zhizn-napolnennaya-smyslom.-prikladnaya-logoterapiya.html> (дата обращения: 06.11.2014)
5. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности»: Генезис; Москва, 2009. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://hpsy.ru/authors/x179.htm> (дата обращения: 02.02.2018)
6. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации человеческой экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии. *Psichoterapija (Moskwa)* 2004, 4, 41-48– [Электронный ресурс]. – URL: <http://hpsy.ru/authors/x179.htm> (дата обращения: 02.02.2018).
7. *Тест дифференцированной самооценки функционального состояния* / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973. – №6. – С.141–145.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Андреева М.Т., ascella777@gmail.com, аспирант кафедры клинической психологии Санкт – Петербургского государственного университета; место работы: городская клиническая больница №31 (городской центр рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний), врач–невролог.

Караваяева Т.А., доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Andreeva M. T., ascella777@gmail.com, Postgraduate Student, Department of Clinical Psychology, St. Petersburg State University, City Clinical Hospital N31 (City Center of Multiple Sclerosis and other Autoimmune Diseases), neurologist.

Karavaeva T.A., Doctor of Medical Sciences, head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg.

В связи с широким внедрением в практику препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, существенно увеличилась продолжительность и качество жизни пациентов. Тем не менее, рассеянный склероз является хроническим и неуклонно прогрессирующим заболеванием с непредсказуемым и плохо прогнозируемым течением, что способствует формированию адаптационных нарушений и у ряда пациентов пограничных психических расстройств. В качестве выраженной реакции на заболевание возможно формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), трудности верификации и коррекции которого определяют актуальность исследования и его значение для практической медицины.

Цель исследования: выявить и систематизировать признаки, позволяющие установить и верифицировать нарушения в психической адаптации пациентов с рассеянным склерозом, определить психологические и клинические индикаторы посттравматического стрессового расстройства, а также изучить роль психологических ресурсов личности в поддержании и восстановлении физического и психического здоровья.

Планируется обследовать 1000 пациентов, проходящих лечение в условиях городского центра рассеянного склероза. Критериями включения являются: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза в соответствии с критериями Мак Дональда. Критерием не включения в исследование является наличие психического заболевания в анамнезе. На сегодняшний день скринировано 300 пациентов сплошной выборки, из которых 45 человек, по результатам скринингового опросника имеют признаки ПТСР. Следующий этап исследования включает клинико-психологические и экспериментально-психологические методы. Клинико-психологические методы направлены на выявление социально-демографических, психосоциальных и клинико-динамических характеристик больных, оценку особенности психотравмирующей ситуации, остроты ее переживания. Экспериментально-психологические методы позволяют оценить субъективное восприятие стресса, выявить отношение к заболеванию, определить адаптационные ресурсы личности. Полученные данные свидетельствуют о том, что существуют достоверные взаимосвязи между индивидуально-психологическими особенностями личности, характером восприятия заболевания и риском развития ПТСР. Тяжесть клинических проявлений зависит не только от клинических проявлений основного заболевания, но и от отношения к заболеванию и имеющихся адаптационных ресурсов.

МИШЕНИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ

Арпентьева М.Р., mariam_rav@mail.ru, arpentevamr@tksu.ru, доктор психологических наук, доцент, член-корреспондент Российской академии естественных наук (РАЕН), профессор кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского, ведущий научный сотрудник кафедры теории и методики физического воспитания Югорского государственного университета,

TARGETS OF PSYCHO-PREVENTION AND PSYCHO CORRECTION OF IMMUNE VIOLATIONS

Arpentieva M.R., mariam_rav@mail.ru, arpentevamr@tksu.ru, grand doctor (*Grand PhD*) of psychological Sciences, associate professor, corresponding member of the Russian academy of natural sciences (RANS), professor of the department at the development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University, leading researcher fellow, Department at the Theory and Methods of Physical Education.

Нарушения репродуктивного здоровья мужчины или женщины иммунодефицитного типа проявляют себя на нескольких уровнях, включая физиологический, психологический и нравственный: как неспособность человека защититься от чужеродных, вредящих жизнедеятельности воздействий среды. Исследование психологических факторов и личностных качеств ВИЧ-инфицированных с разным уровнем показателей иммунитета показало, что оптимистичный настрой и активная жизненная позиция оказываются важными предикторами соматического здоровья у ВИЧ-инфицированных. Результаты исследований отмечают наличие тесных связей состояния иммунной системы с такими характеристиками психологического ресурса как: система отношений к своему здоровью, осознание его ценности, активная позиция по отношению к болезни, уровень самооценки, отношение к прошлой жизни, ориентация на здоровое будущее, способы совладания со стрессом. Некоторые эмпирические исследования также выявили, что развитие заболеваний, связанных со СПИДом, наступает быстрее, если пациент в качестве типичной копинг-стратегии использует отрицание, подавляет проявление гнева, демонстрирует чувство вины или недавно пережил стрессогенные события. Ученые описывают психологические особенности ВИЧ-инфицированных, такие как ощущение зависимости от социальной среды и отсутствие способности к самостоятельным поступкам в жизни (склонны перекладывать ответственность на других людей и обстоятельства); тенденция репродукции – воспроизведения стратегий и стереотипов, усвоенных ранее, отсутствие желания их менять, даже если они неэффективны, стремление поступать «как все», «как надо», «как привыкли».

Работы последних десятилетий показали, что тяжелые жизненные стрессы оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье ВИЧ-инфицированных, почти в четыре раза увеличивая вероятность ускоренного развития СПИДА. Начинает складываться психология иммунодефицитных заболеваний, большой вклад в нее внесли «целители» – врачи и психологи, работающие в рамках «нетрадиционной медицины», а также вполне «традиционные» клинические психологи и психотерапевты. Выздоровливающие отмечают, что ими была проведена весьма трудная и местами кажущаяся бессмысленной работа по самоизменению: «повисая над пропастью» люди получали толчок к поиску новых смыслов и форм жизни, включая преодоление нарушений отношений личности к себе и миру.

Выводы. Таким образом, в процессе психологического сопровождения лиц, имеющих иные иммунодефицитные нарушения и /или венерические болезни, необходимо направленной на трансформацию отношений личности к себе и миру поддержка, ведущими модусами которой являются принятие себя и мира, бескорыстное служение, ориентация на развитие, а также – комплексная помощь организму: фармакологическая, физиотерапевтическая и т.д.

ВАЛИДИЗАЦИЯ ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ И ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛЕЙ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ С ПОМОЩЬЮ МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ РАША

Ассанович М.А., 70malas@gmail.com, кандидат медицинских наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет (Republic of Belarus), заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии.

VALIDATION OF THE DIMENSIONAL AND TYPOLOGICAL MODELS OF PERSONALITY DISORDERS IN CLINICAL PSYCHODIAGNOSTICS USING RASCH METRIC SYSTEM

Assanovich M.A., 70malas@gmail.com, Candidate of Medical Sciences, assistant professor, Grodno State Medical University (Republic of Belarus), Head of the Department of Medical Psychology and Psychotherapy.

В современной психиатрии используются два подхода к оценке личностных расстройств: типологический и размерный. Типологический подход сформировался в рамках категориальной классификации расстройств личности. Размерный подход оформился на основе факторных моделей личности, в частности, наиболее популярной пятифакторной модели.

Цель исследования состояла в метрической валидации типологической и размерной моделей расстройств личности в русскоязычной популяции. В качестве инструмента оценки типологической модели использовалась методика «Исследование расстройств личности по международной схеме» (IPDE). Пятифакторная модель валидизировалась на примере русскоязычной версии «Опросника большой пятерки» (BFI).

В качестве методов валидации обеих методик использовались факторный анализ и метрическая система Раша, в рамках которой применялся разработанный нами «метод оценки первого остаточного фактора». Валидизация типологической модели на основе IPDE проводилась на данных исследования 273 респондентов. Выборка состояла из пациентов с невротическими расстройствами, депрессией и коморбидными расстройствами личности. Валидизация пятифакторной модели осуществлялась с использованием данных обследования с помощью BFI 364 респондентов. Выборка состояла из здоровых лиц, пациентов с невротическими расстройствами, депрессией и расстройствами личности.

Результаты исследования показали, что факторный анализ не подтвердил валидность ни одной из моделей. В обоих случаях факторная матрица состояла из факторов, которые включали неоднородные группы пунктов, не соответствовавших шкалам методик. Анализ с помощью метрической системы Раша полностью воспроизвел пятифакторную модель личности в рамках опросника BFI. Также в целом была валидизирована типологическая классификация расстройств личности в формате IPDE. Лишь единичные критерии специфических расстройств личности соответствовали более чем одному клиническому типу расстройств личности.

Таким образом, метрическая система Раша представляет собой не только инновационную технологию разработки психометрических шкал в клинической психодиагностике, но также позволяет, в отличие от факторного анализа, осуществить полноценную валидизацию как типологической, так и размерной модели личностных расстройств в клинике.

ДИМENSIONАЛЬНАЯ СТРУКТУРА 5-ПУНКТОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ (NSA-5) ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Ассанович М.А., 70malas@gmail.com, кандидат медицинских наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет (Republic of Belarus), заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии.

DIMENSIONAL STRUCTURE OF THE 5-ITEM NEGATIVE SYMPTOM ASSESSMENT (NSA-5) IN SCHIZOPHRENIA

Assanovich M.A., 70malas@gmail.com, Candidate of Medical Sciences, assistant professor, Grodno State Medical University (Republic of Belarus), Head of the Department of Medical Psychology and Psychotherapy.

Согласно современной концепции негативный синдром включает в себя пять основных компонентов: притупленный аффект (эмоциональная бедность), алогия (обедненная речь), асоциальность (снижение потребности в социальных контактах), абулия (амотивация), ангедония (отсутствие способности испытывать удовольствие). Факторный анализ данных, полученных с использованием шкал оценки негативной симптоматики продемонстрировал, что эти компоненты образуют два фактора (дименсии): фактор экспрессии (включающий в себя притупленный аффект и алогию) и фактор апатии (включающий ангедонию, асоциальность и абулию). Одной из современных методик, используемых для быстрой оценки негативного синдрома, является 5-пунктовая Шкала оценки негативных симптомов (NSA-5). Целью настоящего исследования являлось определение размерной структуры 5-пунктовой Шкалы оценки негативных симптомов (NSA-5 – the Negative Symptom Assessment) с использованием метрической системы Раша.

Было обследовано 40 пациентов мужского и женского пола с диагнозом шизофрения, проходивших курс лечения в стационарных отделениях УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Всем пациентам было дважды проведено обследование с использованием NSA-5: при поступлении в стационар и при выписке из отделения.

В результате проведенного исследования была выявлена размерная структура NSA-5. Пункты «Речевая активность» и «Эмоциональная экспрессия/аффект» имели отрицательные факторные нагрузки. Пункты «Удовольствие/ангедония», «Мотивация/целеустремленность», «Социальная активность» – положительные. Группа пунктов с отрицательными нагрузками соответствует фактору внешней экспрессии, пункты с положительными нагрузками образуют фактор ангедонии-асоциальности. Указанные группы диагностических пунктов определили двухкомпонентную композицию шкалы NSA, что соответствует современным представлениям о двухфакторной размерной структуре негативного синдрома: фактор экспрессии и фактор апатии. Таким образом, 5-пунктовая Шкала оценки негативных симптомов может рассматриваться как перспективный инструмент для оценки выраженности негативной симптоматики при шизофрении в исследовательской деятельности и клинической практике.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ПОЛИКЛИНИКЕ

Бабаев Жумабек Сагдулла угли, Jumabek.boboev@bk.ru, Ташкентская Медицинская Академия. Ташкент, Узбекистан.

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND COGNITIVE DISTURBANCES IN NEUROLOGICAL PATIENTS

Babayev Zh.S.

Цель работы. Исследование и анализ сопряженности уровня тревожно-депрессивных расстройств и когнитивных нарушений у пациентов неврологического кабинета в поликлинике. **Материал и методы исследования.** Обследовано 42 больных в возрасте от 42-78 лет, из них 16 (38 %) мужчин и 26 (62%) женщин в разных поликлиниках в городе Ташкента. Для

определения уровня тревоги и депрессии использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS)», «Шкалу Гамильтона для оценки уровня тревоги», оценивалась когнитивная сфера по тесту MMSE. **Результаты.** Клинически выраженная тревога и субклиническая депрессия одинаково часто встречались у мужчин и женщин. У 32 (76,2%) пациентов имелись проявления тревожно-депрессивные расстройства или тревожного состояния. Субклинически и клинически выраженная тревога достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались у неврологических больных (4 и 8 случаев соответственно). Субклиническая тревога чаще встречалась у пациентов с остеохондрозом позвоночника и полинейропатиями, а клинически выраженная – у пациентов с цереброваскулярной болезнью. Субклиническая депрессия чаще встречалась у пациентов с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, а клинически выраженная депрессия при цереброваскулярной болезни. Симптомы клинически выраженной депрессии встречались у 11 пациентов ($p < 0,05$). Симптомы тревоги диагностированы у 18 (42,85%) человек, а тревожное расстройство у 11 (26,2%) человек. Симптомы тревоги чаще встречались у пациентов с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, а тревожно-депрессивное состояние у пациентов с рассеянным склерозом и цереброваскулярной болезнью. У 24 (57%) пациентов выявлены когнитивные нарушения ($p < 0,05$). Легкие когнитивные нарушения встречались при цереброваскулярной болезни и вертеброгенных заболеваниях нервной системы. Деменция разной степени выраженности наиболее часто встречалась при цереброваскулярной болезни и полинейропатиями. **Выводы:** При обследовании больных в поликлинических условиях следует обратить особое внимание неврологическим и цереброваскулярным болезням в плане ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств и когнитивных нарушений, так как достоверно часто у них наблюдается субклинические и клинически выраженные формы данных нарушений.

РОЛЬ СЕМЬИ В РАЗВИТИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Бабарахимова С.Б., Адашвиев Х.А., sayorababaraximova2010@gmail.com, Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии.

FAMILY ROLE IN FORMATION INTERNET ADDICTIVE BEHAVIOR

Babaraximova S.B., Adashviev H.A., sayorababaraximova2010@gmail.com, Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry.

Актуальность: Согласно данным российских исследователей (С. Минухин 2014, Н.Л. Москвичева 2015, Даничкина В.Е., 2017), семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимо поведения. **Цель исследования:** изучить семейные отношения как социальные факторы формирования интернет-зависимо поведения у детей и подростков.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 10 до 16 лет. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д.Олсон, Д.Портнер). **Результаты и их обсуждение:** Большинство обследованных детей и подростков были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% – в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопеки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. **Выводы:** проведенное исследование влияния стилей родительского воспитания на особенности развития интернет зависимо поведения установило, что на формирование интернет-аддикции у детей и подростков важная роль принадлежит воспитательному значению семьи. Семейные отношения оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимо поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Бабарахимова С.Б., Адашвиев Х.А., sayorababaraximova2010@gmail.com, Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии.

EMOTIONAL CHANGE IN ADOLESCENTES WITH ANOREXIA NERVOSA

Babaraximova S.B., Adashviev H.A., sayorababaraximova2010@gmail.com, Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry. **Цель исследования:** изучить эмоциональные расстройства у подростков на различных этапах развития нервной анорексии для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F50.0 «Нервная анорексия». Для исследования эмоциональной патологии использовались: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера. **Результаты и обсуждение:** на инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. 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 формирование отрицательного отношения к близким (36%), эпизоды немотивированной агрессии (55%), навязчивые страхи (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфобический регистр непсихотического уровня. На этапе кахексии повышалась раздражительность у 80% больных, нарастала вялость в 55% случаев, безразличие у 60% больных, что свидетельствовало об усилении аффективных расстройств. Дистимия отмечалась в 100% случаев. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни. В 15% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. На этапе редукции вновь происходило обострение аффективных расстройств.

Выводы: эмоциональные нарушения выявляются у 93% подростков и находятся в прямой зависимости от этапа развития нервной анорексии. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями, приводят к нарастающей школьной и социальной дезадаптации подростков.

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бажанов В.С., vbazanati@gmail.com, врач-психотерапевт, СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №1».

THE METHODS OF REDUCING SOCIAL STIGMATIZATION IN THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE

Bazhanov V.S., vbazanati@gmail.com, Psychotherapist, «Psychoneurologic dispensary №1», St. Petersburg.

По данным Министерства здравоохранения, в России около 3 % населения страдает психическими заболеваниями. Вероятно, такая статистика неточна, т.к. значительную роль играет проблема социальной стигматизации.

Исследование Ястребова В.С. и Трущелева С.А. подтвердили негативное представление о психиатрической помощи, формируемое необъективным и негативным освещением в СМИ проблем в области психиатрии начиная с 1990-х гг.

Можно сделать вывод, что благодаря такому социальному образу психиатрии и юридической неосведомленности люди опасаются обращаться за такой медицинской помощью. В дальнейшем, из-за неполучения своевременной специализированной помощи могут сложиться представления о «безвыходности в такой ситуации и собственной несостоятельности». В итоге человек сам вешает на себя ярлык «психически больного».

К сожалению, среди врачей соматического профиля существует аналогичный взгляд на психиатрическую помощь, что в том числе, подкрепляет стигму и общественное искаженное мнение. Недостаток взаимодействия врачей первичной соматической сети и специалистов психиатрического профиля приводит к поздней обращаемости больных с психосоматической патологией к необходимому специалисту и усугублению патологического состояния.

Поэтому, ближайшим путем решения проблемы социальной стигмы может стать интеграция психиатрической помощи в первичную общемедицинскую сеть. Уникальным примером решения такой задачи является организация кабинетов психотерапевтической и медико-социально-психологической помощи ПО №3, ПО №4 и ЖК ПО №4 Василеостровского района СПб: данные кабинеты входят в структуру СПб ГБУЗ ПНД № 1, однако их функционирование осуществляется на территории городских поликлиник.

В кабинетах реализуется бригадный подход оказания медицинской помощи: врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, специалисты по социальной работе являются первым звеном взаимодействия с пациентами городских поликлиник. Медицинская помощь осуществляется непосредственно в условиях данных кабинетов, либо происходит дифференциальное перенаправление в другие структуры ПНД №1 различных категорий пациентов: нуждающихся в диспансерном наблюдении участкового врача-психиатра, нуждающихся в оказании помощи в условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи и т.д.

Такое взаимодействие открывает возможности для проведения психопрофилактических и психообразовательных мероприятий для населения с целью снижения социальной стигматизации и повышения доступности такого вида медицинской помощи.

РАБОТА НАД ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ (КОМПЛАЕНТНОСТЬЮ) В ГРУППЕ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Бойко О.М., olga.m.boiko@gmail.com, научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГБН У Научный центр психического здоровья.

WORK ON COMPLIANCE IN THE SUPPORT GROUP FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Boiko O., olga.m.boiko@gmail.com, Research associate of the clinical psychology department, Mental Health Research Center.

Соблюдение врачебных рекомендаций существенно влияет на качество жизни человека, страдающего психическим заболеванием, и его близких. Это делает решение задачи повышения приверженности лечению одной из актуальных при работе с данным контингентом.

Особенностью работы группы поддержки является знание о факте обращения за психиатрической помощью как условия участия в ней. Это положительно сказывается на уровне доверия и позволяет работать над повышением критичности каждого участника к собственной психопатологической симптоматике, что от психологов требует помощи в её опознавании, отслеживании, и работы по дестигматизации психических заболеваний путем информирования участников о современных представлениях об их этиологии. Важным методом становится сопоставление психических болезней с физическими. Это делает ситуацию более обыденной, помогая перейти к принятию связанных с ней ограничений и потерь (рабоспособность, продуктивность когнитивных функций и т.д.) и переживанию скорби по несбывшимся надеждам и представлениям о себе и мире.

Другая мишень работы – сотрудничество пациента с врачом. Психолог помогает обнаружить, пережить и принять чувства по поводу зависимости от него, а также выявляет и корректирует инструментальные затруднения в их взаимодействии, например, связанные с дефицитом социальных навыков. Сюда же относится страх перед возможными последствиями обращения (госпитализацией, усилением фармакологической поддержки, возникновением/усугублением побочных действий) и перед зависимостью от препаратов, включающий в себя не только боязнь психологической и физической зависимости, но и тревогу относительно различия черт собственного «Я» и эффектов фармакотерапии. Здесь фокусом работы становится выделение существенных для каждого черт, характеризующих его как личность, невзирая на тяжесть состояния.

Таким образом, участие людей, страдающих психическими заболеваниями, в группе поддержки способно оказать положительное влияние на уровень их приверженности лечению.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Бойко С. Л., sduduk@yandex.ru, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психологии и педагогики учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT DURING THE INPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WITH THE FIRST EPISODE OF ATRIAL FIBRILLATION

Boiko S., sduduk@yandex.ru, PhD, Head of the Department of Psychology and Pedagogy Educational Institution "Grodno State Medical University".

Фибрилляция предсердий (ФП) вызывает ухудшение общей и центральной гемодинамики, обуславливая изменения в головном мозге, которые в свою очередь приводят к постепенному развитию когнитивных нарушений (КН). До настоящего времени проведено немало исследований по нейропсихологической и патопсихологической диагностике КН у кардиологических пациентов, однако мы не встретили работ с анализом наличия/отсутствия легких КН у лиц с первым эпизодом ФП.

Цель исследования: изучение психологической диагностики начальных этапов КН у пациентов с первым эпизодом мерцательной аритмии. Критерии включения: первый эпизод ФП, информированного согласия пациента на участие в исследовании. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА) рекомендуется для широкого использования в клинической практике. Всего в соответствии с критериями включения обследованы 27 человек, с верифицированным впервые установленным диагнозом ФП. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, электрокардиография, и расширенное нейропсихологическое обследование с качественной и количественной оценкой полученных результатов. Когнитивные нарушения были выявлены у 63% больных с ФП. У пациентов с ФП были установлены следующие нарушения: начальные расстройства памяти ($p < 0,05$), легкие нарушения «лобных» функций (тест соединения букв и цифр, беглость речи, обобщения и др.), $p < 0,05$, в большей степени нарушается зрительно-пространственный праксис, $p < 0,05$.

Если проявления церебральной ишемии затрагивают когнитивную сферу, то своевременная диагностика и лечение этих изменений позволяет часто избежать или отсрочить формирование выраженного когнитивного дефекта. Не выявлено статистической зависимости между результатами МОСА и уровнем тревоги и депрессии.

Выводы. Существует тесная связь между когнитивным снижением и ФП. Очевидно, что ФП является в определенной степени маркером развития КН.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИМБИОТИЧЕСКИМИ СЕМЕЙНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ

Васильева А. В., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева».

Лемешко К. А., ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ».

SPECIFICS OF PSYCHOTHERAPY STRATEGIES FOR TREATING PATIENTS WITH SYMBIOTIC FAMILY RELATIONS

Vasilieva A.V., Lemeshko K.A.

В современной профессиональной литературе достаточно часто можно встретить указания на то, что интенсивная симбиотическая связь с нуклеарной семьей, и в первую очередь с матерью является серьезным препятствием для прогресса в психотерапии. На основании анализа существующих исследований нами были выделены следующие основные признаки для определения на основании полуструктурированного анамнестического интервью наличия выраженных симбиотических отношений в межличностных взаимодействиях: 1) взрослые пациенты постоянно сопровождаются родителем не только при клиническом обследовании; 2) им свойственен высокий уровень сепарационной тревоги; 3) участники диады при описании субъективного опыта используют местоимение первого лица множественного числа (мы); 4) участникам диады характерен своеобразный взаимный контроль, который распространяется на сферы физиологии, коммуникации, социальной активности, а также контроль за выбором партнера для личной жизни; 5) своеобразная путаница в восприятии феноменов собственной психической жизни (в том числе патологических). На базе медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» для пилотного исследования был отобран 31 пациент и члены их семей.

Наблюдаемые симбиотические диады ($n=31$) характеризуются неоднородностью. Средний возраст подчиненных участников (собственно пациентов) составил 29,4 года. Состав пар: сын-мать – 14 случаев (52%), сын-отец – 5 случаев (18,5%), дочь-мать – 5 случаев (18,5%), дочь-отец – 2 случая (7%). Таким образом, наиболее частым видом является диада «мать-сын» - 14 случаев (52%). Фигуры родителей представлены матерью в 20 случаях (74%). Следовательно, женщины наиболее

подвержены риску формирования симбиотической связи. По всей видимости, это обусловлено особенностями поло-ролевой идентичностью женщины.

Примечательны результаты анализа семейного положения родителей. 44% состоят в браке и проживают с супругом совместно. 37% разведены, ещё 15% в браке никогда не состояли, 4% заключили повторный брак. Следовательно, наличие отцовской фигуры не играет решающего значения. Более важным представляется не формальное наличие отца, а его роль как объекта для поло-ролевой идентификации.

Распределение клинических случаев по разделам МКБ-10 также неоднородно: органические психические расстройства – 3 человека (12%): расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии (F07.02) – 1 случай; расстройство личности органической этиологии (F07.0) – 2 случая. Расстройства шизофренического спектра диагностированы у 24 человек (88%). Они представлены 2 случаями шизотипического расстройства (F21) (8,3%) и 22 (91,7%) случаями параноидной шизофрении (F20.0) с различными типами течения, но с преобладанием в клинической картине негативной симптоматики. Наша выборка не является репрезентативной, но всё же позволяет сделать предположение, что симбиотическая привязанность не является нозоспецифическим паттерном, и сопровождает различные формы патологии. При этом само явление симбиоза с родителем тесно связано с дефицитом волевых и самостоятельных качеств опекаемого, что отражает показатель их трудоспособности: 82% (22 чел.) имеют инвалидность.

Наш опыт позволяет говорить о том, что характер реакции родителей на информирование их о явлениях симбиоза со взрослым сыном/дочерью носит дифференциально-диагностический характер. Описание родителю гиперопеки, повышенного уровня тревожности и несамостоятельности собственно пациента должно проводиться в максимально деликатной форме. Представляется необходимым также сообщать родителю о том, что его/её индивидуальная терапия (в том числе и медикаментозная) является неотъемлемым элементом лечения сына/дочери.

На данном этапе нашего исследования мы можем выделить две группы пациентов: с относительно благоприятным и относительно неблагоприятным прогнозом. Реакции родителя в виде обиды, гнева, угроз, жалоб, усиления контроля за действиями врача свидетельствуют о неблагоприятности прогноза. Его утяжеляет также отсутствие фигуры отца в семье. Для этой группы лиц целесообразна психиатрическая модель лечения.

В этой модели врач-психиатр втягивается в бессознательный сговор с «Великой Матерью». В этом сговоре ему предписывается довольно чёткая роль, поскольку фигура врача олицетворяет собой необходимое дополнение «болезни». Само наличие доктора помогает материализовать бессознательную фантазию родителя об увечности ребёнка, его неизлечимости. Врачу предстоит встреча с неподдающимися никакой классификации симптомами, необычными побочными явлениями, плохой переносимостью даже небольших дозировок лекарственных средств, просьбами прибегнуть к нетрадиционным формам терапии (гомеопатия, биоэнергетика). В случае успешного преодоления этих трудностей диада привязывается к врачу на долгие годы.

Психотерапевтическая модель. Психотерапевт в этой модели представляет опасность, а потому вызывает опасения и ожесточение. Причина заключается в том, что он грозит коренными изменениями личностной структуры каждого из участников и разделением диады. Такая терапия длительна, но эффективна. Нередко подчинённые участники симбиоза уже на первых порах начинают функционировать более автономно. Такое поведение воспринимается родителем как ухудшение. Следовательно, возникает риск госпитализации и жалобы на врача. Однако контейнирование сепарационной тревоги является новым этапом в эволюции внутриличностных структур обоих участников диады.

Результаты пилотного исследования указывают на перспективность дальнейшего изучения патологических диад, особенностей мотивации и приверженности лечению этих труднокурабельных пациентов для разработки эффективных терапевтических стратегий в условиях амбулаторных психиатрических отделений.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С АГРЕССИЕЙ. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИЛИ ТЕРАПИЯ

Вараева Н. В., Nadezhdav@yandex.ru, кандидат психологических наук, декан психологического факультета Нижегородского филиала Гуманитарного института (г.Москва).

PSYCHOLOGICAL WORK WITH AGGRESSION. SOCIALIZATION OR THERAPY

Varaeva N.V., Nadezhdav@yandex.ru, candidate of psychological Sciences, Dean of the psychological Faculty, Nizhny Novgorod branch of Humanitarian Institute (Moscow).

Если человек не находит понимания и эмоциональной поддержки в своем ближайшем окружении, он попадает в ловушку социального контакта, что в конечном счете часто приводит к появлению и проявлению агрессии, что мы и наблюдаем в современной школе и в целом в современном обществе. Сама по себе агрессия является естественным для человека переживанием и проявлением, беспокоят формы ее выражения. Получается, что работать нужно не с эмоциональным состоянием человека, а с формами его выражения.

Я хочу поделиться опытом работы с агрессией в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних с детьми младшего школьного возраста, подростками и взрослыми (волонтерами). Это была комплексная работа, но основным ее предметным содержанием была игра, разработанная немецким психотерапевтом Гюнтером Хорном.

Это настольная игра. В нее может играть от трех до пяти человек. Играть могут и дети, и взрослые. Игровое поле продается в книжных магазинах. Игра начинается с процесса вылепливания фигурок из пластилина, которые являются представителями игроков на игровом поле. Затем, когда все фигурки слеплены, игроки выставляют их на позицию «старт». В игре моделируются конфликтные ситуации, в которых игрокам приходится выступать то в роли агрессора, то в роли того, на кого эта агрессия направлена. Игроки кидают кубик и передвигаются по полю. Если один из играющих попадает на чужое поле, то хозяин этого поля должен выдвинуть против него обвинение за вторжение на его частную собственность. «Провинившемуся игроку» необходимо извиниться перед хозяином поля за свой проступок. Владелец данного поля может

простить непрошеного гостя или наказать пластилиновую фигурку любым способом, даже раздавить ее в лепешку (что отражено в названии игры). В процессе игры все участники не по одному разу попадают на чужое поле. Условие игры, требующее формулировки обвинения и объяснения своего поступка, а также обращение к рефлексии своих чувств и переживаний в различных ситуациях, – способствуют развитию самосознания. Кроме того, в процессе убеждения игроком группы происходит сравнение «образа Я» с некоторым эталоном. При этом вся группа принимает участие в этом обсуждении. Это дает возможность сравнить еще и свое представление о себе с мнением других, с «образом Я глазами других». А сам процесс выбора качеств способствует формированию «Я идеального», причем ведущий (психолог) может до некоторой степени контролировать этот процесс. Из опыта игры на протяжении трех лет было замечено, что после разрушительных действий у игроков всегда наступает катарсис и появляется желание восстановить изувеченные фигуры. В процессе проигрывания и обсуждения этой игры мы разработали новые правила, не требующие от игрока обвинения по отношению к гостю. Эту новую игру мы назвали «Эволюция». Цель игры, как она подается детям, – стать человеком. В этом варианте первый этап игры обязательно предполагает обсуждение: что значит «быть человеком». Причем ведущий высказывает и предлагает для обсуждения и свою точку зрения. Затем, в процессе игры, ведущий напоминает игрокам о тех качествах, которые они сформулировали до начала игры.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СКЛОННОСТИ К ЗАВИСИМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НА ЭТАПЕ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Виндорф С.А., kulisveta@mail.ru, кандидат психологических наук, старший преподаватель Кафедры психосоматики и психотерапии, ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет Минздрава России.

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF THE PROPENSITY TO ADDICTION AMONG TEENAGERS AT THE STAGE OF PRECLINICAL DRUG USE

Vindorf S.A., kulisveta@mail.ru, Candidate of psychological Sciences, senior lecturer of the Department of psychosomatics and psychotherapy, FGBOU VPO Saint Petersburg State Pediatric Medical University of Minzdrav of Russia.

Ключевые слова: подростковая наркозависимость, аддиктивное поведение, донозологическое употребление ПАВ
Актуальность исследования связана с тем, что продолжается рост наркозависимости среди несовершеннолетних. Важнейшей задачей на этапе донозологического употребления психоактивных веществ выявить психологическую склонность к формированию зависимости.

Цель: разработка комплекса психодиагностических методик, позволяющего с высокой достоверностью определять склонность к формированию зависимости у несовершеннолетних.

Для этого была исследована клиническая группа из 100 подростков с диагнозом «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ с вредными для здоровья последствиями (F 12.1 – 53; F 15.1 – 11; F 19.1 – 36 человек), в возрасте 14-18 лет (средний возраст – 15,61 года, 46 женского и 54 мужского пола) и контрольная группа, сопоставимая по количеству, полу и возрасту, не имеющая опыта употребления психоактивных веществ.

Нами разработан комплекс методик, позволяющий с высокой достоверностью определять склонность к формированию зависимости, состоящий из: 1. Опросник «Выраженность реакции эмансипации у подростков» ОВРЭП (Бочаров В.В., Виндорф С.А.), позволяющим относительно объективно выявлять качественные и количественные характеристики подростковой реакции эмансипации как фактора предрасположенности к наркозависимости у подростков. Различия между группой наркотизирующихся подростков и контрольной выборкой являются высоко значимыми по всем показателям опросника. При психологической интерпретации «эмансипаторных профилей» наркотизирующихся подростков следует сказать, что для них характерны гиперконфронтация с родителями и выраженное стремление к достижению автономии ассоциальным способом. 2. Метод цветových выборов (модификация Л.Н.Собчик). Данный метод является высоко эффективным при определении склонности к зависимости. Так, для наркотизирующихся подростков характерен выбор в качестве предпочитаемого желтого цвета. Описанное Л.Н. Собчик в интерпретации цветового выбора «пристрастие к забавам, игровому компоненту в деятельности» у наркотизирующихся подростков отражает именно склонность к зависимости. В контрольной группе выбора в качестве предпочитаемого цвета «желтого» не наблюдалось.

Таким образом, сочетание высоких баллов по опроснику «Выраженность реакции эмансипации у подростков» и выбор в качестве желтого предпочитаемого цвета по МЦВ позволяет на этапе донозологического употребления психоактивных веществ выявить высокую вероятность формирования наркологической патологии у подростка.

АКТИВНАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Глазева М.А., magi-art@mail.ru, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии, ГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Пономаренко В.Н., психотерапевт, ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2».

Пустотин Ю.Л., психотерапевт, ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»

ACTIVE MUSIC THERAPY AND THE REHABILITATION OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

Glazeva M.A., Ph.D., Associate Professor, Orenburg State Medical University.

Ponomarenko V.N., psychotherapist, Orenburg regional clinical psychiatric hospital №2.

Pustotin Y.L., psychotherapist, Orenburg regional clinical psychiatric hospital №2.

Применение музыкальной терапии – в качестве дополнения – к лечению людей с шизофренией является эффективным средством их терапии и реабилитации (Pavlicevic, M., 1994; Bruscia, 1998; Silverman, M. J., 2003; Ulrich, G., T., GoldC., 2007) В отделении Психотерапии Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 пациенты, страдающие шизофренией, наряду с получением стандартной медицинской помощи, по рекомендации лечащего врача могут посещать

занятия по музыкальной терапии (групповые и индивидуальные), 1-2 раза в неделю, продолжительностью 45-60 минут. Занятия проводят сертифицированные специалисты в специально оборудованном для музыкальной терапии кабинете. Во время сессий пациенты получают доступ к разнообразным музыкальным инструментам, которые терапевты предлагают использовать им с целью самовыражения.

Акцент в терапии делается на создании импровизационной музыки, с дальнейшей вербализацией мыслей и чувств участников, что помогает регулировать, интерпретировать, расширять их музыкальный опыт. Вначале терапевты сопровождают музыку пациентов, подстраиваясь к ее ритму, динамике, звучанию, стремясь точнее отразить эмоциональное состояние пациентов в музыкальном плане. Цели – установление контакта, построение терапевтических отношений, стимулирование мотивации у пациентов к проявлению активности – направлены на снижение тревоги, улучшение управления эмоциональным возбуждением, построение внутренней и внешней организации и обеспечение ориентации на реальность. Межличностные процессы сфокусированы на развитии и дальнейшем анализе невербального контакта, повышении у пациентов осведомленности о специфике их взаимодействия с другими, построении и улучшении отношений в совместной работе. Дальнейшие терапевтические вмешательства связаны с предоставлением возможности пациентам обогатить или изменить характер их музыкального взаимодействия. Цели – развитие навыков совладания, создание ресурсов, укрепление границ; изучение проблем, которые привели к госпитализации.

Музыкальная терапия способствует уменьшению негативной симптоматики у пациентов, их социальной изоляции; усиливает интерес к внешним событиям и способность общаться с другими. Психодинамические изменения связаны с интеграцией эго, улучшением дифференциации себя и объекта, уменьшением страха обесценивания в значимых отношениях. Эти положительные эффекты музыкальной терапии могут проявиться в способности пациента успешнее адаптироваться к социальной среде после выписки из больницы.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОЗАХ И ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

Гмызин Р.О., Rgmyzin@gmail.com, студент, Московский государственный психолого-педагогический университет, Россия, Москва.

Гущин Е.А., студент, Московский государственный психолого-педагогический университет, Россия, Москва.

Шурхал А.В., студент, Московский государственный психолого-педагогический университет, Россия, Москва.

PSYCHOTHERAPY IN PSYCHOSIS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS

Gmyzin R. O., student, Moscow State University of Psychology & Education, Russia, Moscow.

Guschin E.A., student, Moscow State University of Psychology & Education, Russia, Moscow.

Shurkhal A.V., student, Moscow State University of Psychology & Education, Russia, Moscow.

Одним из наиболее эффективных подходов в работе с пограничными расстройствами личности и психозами является совмещение медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия, в таком случае, чаще всего выступает как инструмент для человека в овладении своими эмоциональными, поведенческими и мыслительными процессами. По нашему мнению, на сегодняшний день, такие задачи наиболее качественно выполняет когнитивно-бихевиоральная терапия. Данный вид терапии может применяться как при биполярном расстройстве, так и при шизофрении, уделяя при этом внимание не только когнитивным функциям, аффективной сфере, но и построению стратегии поведения при различных осложнениях течения заболевания. Эффективность данного подхода неоднократно доказана и ведет к повышению качества жизни человека. Однако здесь может возникнуть другая проблема. Что делать, если человек продолжает испытывать дискомфорт из-за своей болезни? Не с позиции нарушения его когнитивных и аффективных структур, а с позиции его жизненного мира? Так или иначе, при психозах, болезнь становится неотъемлемой частью жизни человека: нужно принимать различные медикаменты, наблюдаться у врача и жить в ожидании приступа (хотя он может и не случиться, но тревога остается). Здесь когнитивно-бихевиоральная терапия малоэффективна. Существует необходимость оказания помощи на другом уровне – феноменологическом, ориентированном на бытие человека. В этом случае, нам может помочь экзистенциальная терапия. Именно в данном подходе происходит построение отношений человека со своим бытием. В таком контексте, мы можем попытаться выстроить отношения между человеком и его болезнью, как данностью его жизни. Как он живет со своей болезнью, как к ней относится? Через адекватное построение этих отношений происходит принятие факта болезни и ее переживание становится не таким мучительным. Соответственно, человек начинает проживать свою жизнь более насыщенно и счастливо, так как наличие болезни не вызывает у него постоянной фрустрации.

МЕТОДИКА KON-2006 В ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Горчакова Н.М., gorchakova05@mail.ru, старший преподаватель кафедры психологии личности Санкт-Петербургского государственного университета.

KON-2006 IN THE DIAGNOSIS OF THE PERSONALITY OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Gorchakova N.M., senior lecturer, department of personality psychology, Saint Petersburg state University.

В настоящее время наблюдается дефицит исследования личности пациентов с нарушениями пищевого поведения (НПП) с помощью неклинических методов. Новизной нашего исследования было использование опросника невротической личности KON-2006 для диагностики личности пациенток с НПП. Опросник позволяет оценить степень личностных дисфункций, связанных с развитием невротических расстройств, а также дифференцировать невротические расстройства и стрессовые реакции, на образование которых личностные дисфункции влияют в значительно меньшей степени. Обследованы 153 женщины (n=153), средний возраст 32,2(σ=8,1). Участницы исследования: экспериментальная группа, состоящая из 2 подгрупп: 1) женщины с диагнозом нервная булимия (n=51); 2) женщины с осложненным ожирением с клинической симптоматикой и сопутствующими заболеваниями, озабоченные снижением веса – (n=50). Контрольная группа: женщины, ИМТ которых больше нормы, не имеющие клинических расстройств ПП и сопутствующих заболеваний, не озабоченные

снижением веса (n=52). Методы исследования: биографический опросник; анамнестическая анкета; интервью; метод мотивационной индукции Ж. Нюттена; опросник временной перспективы Ф. Зимбардо; опросник невротической личности KON-2006 (Aleksandrowicz J, Исурин Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К.); методика «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ); шкала оценки пищевого поведения (EDI); методика «Стиль саморегуляции поведения» для оценки развития индивидуальной саморегуляции (ССПМ). Выраженные показатели мы получили в группе с клиническим осложненным ожирением по шкалам чувство зависимости от окружения, астения, отчужденность, чувство отсутствия влияния, склонность к представлениям, фантазиям, чувство вины, чувство опасности. В группе пациенток с диагнозом нервная булимия по шкале иррациональность. Показатель X-KON, который является интегративным показателем выраженности 24 шкал методики «KON-2006», установил, что фактор «Группа» значимо влияет на дисперсию показателя X-KON, что свидетельствует о влиянии клинического диагноза на интегративный показатель выраженности личностных дисфункций. Методика хорошо дифференцирует клиническую группу пациентов с НПП. «Опросник невротической личности KON-2006» может быть успешно применен в процессе психодиагностики, и психотерапии как для формирования направленности психотерапевтических воздействий и мишеней психотерапии, так и для контроля эффективности психотерапии.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Гринева Т.В., tro-tv@yandex.ru, врач-психиатр и психотерапевт Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы №1 им. П. П. Кащенко.

Фоменко А.Н., fomenkoanja@gmail.com, аспирант кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, врач-психиатр Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы №1 им. П. П. Кащенко.

Гречаный С.В., svgrechany@mail.ru, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF TREATMENT OF POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS

Gineva T.V., tro-tv@yandex.ru, psychiatrist and psychotherapist of Saint-Petersburg State Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kaschenko.

Fomenko A.N., fomenkoanja@gmail.com, postgraduate student of the Department of Psychiatry and Narcology of St. Petersburg State Pediatric Medical University, psychiatrist of Saint-Petersburg State Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kaschenko.

Grechanyj S.V., svgrechany@mail.ru, Doctor of Medical Sciences, docent, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of St. Petersburg State Pediatric Medical University.

Актуальность определяется, широкой распространенностью послеродовых депрессии (ПД) (10-15%) и отсутствием общепризнанных способов лечения. Традиционно используемые психофармакологические средства в данном случае часто противопоказаны, учитывая, что грудное кормление является важных механизмов психофизиологической интеграции ребенка и матери.

Цель исследования: изучение эффективности комплексного немедикаментозного метода терапии послеродовых аффективных расстройств.

Материалы и методы. Исследовано 66 женщин в послеродовом периоде дважды: 1ый раз через 5-10 дней после родов, повторно через месяц. Использовались клиничко-анамнестический и психопатологический методы (Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)). При первой встрече была проведена комплексная оздоровительная процедура, которая включала в себя психотерапию (когнитивную, телесноориентированную, суггестивную, методы Гештальт-подхода), массаж (лечебный, висцеральный, лимфодренажный), физиотерапию (светотерапия зелёным светом), ароматерапию и музыкотерапию. Женщины были разделены на две группы: 1ая (23 чел.) с относительным риском развития ПД (5-11 баллов по EPDS) и 2ая (43 чел.) с большой вероятностью ПД (12 и более баллов). Результаты. При повторном исследовании было выявлено, что в 1ой группе у 52% баллы по EPDS стали менее 5 баллов, соответственно они вышли из группы риска, во 2ой группе никто из женщин не вышел из группы риска, но у 87,2% баллы по EPDS стали в интервале 5-11 баллов, то есть степень тяжести депрессивных проявлений стала меньше. Результаты HADS коррелировали с результатами EPDS.

Выводы. Комплекс немедикаментозных способов терапии способен снизить интенсивность клинических проявлений послеродовых аффективных расстройств.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Добряков И.В., dobriakov2008@yandex.ru, кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Ляшковская С.В., кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Лысенко И.С., младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Семенова Н.В., доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

PSYCHOLOGICAL CARE FOR WOVEN USING REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Dobriakov I.V., PhD, associate professor, senior research associate of scientific and organizational office of The V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology.

Lyashkovskaya S.V., PhD, junior researcher of scientific and organizational office of The V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology.

Lysenko I.S., junior researcher of scientific and organizational office of The V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology.

Semenova N.V., PhD, MD, chief researcher and head of scientific and organizational office of The V.M. Bekhterev National medical research center of psychiatry and neurology.

Охрана репродуктивного здоровья населения России является одним из приоритетных направлений национального проекта «Здоровье». Несмотря на повышение рождаемости в последние годы, в России сохраняется демографический кризис. Одной из его причин являются болезни репродуктивной системы. По современным данным, около 30% женщин имеют различные нарушения функции репродуктивной системы, приводящих к бесплодию, что по критериям ВОЗ, является критическим уровнем. Один из путей улучшения ситуации – разработка и использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) как метода лечения бесплодия. Количество пар, участвующих в программах ВРТ, постоянно растет, при этом чаще всего используется экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), в последние годы в России действует система государственных квот на лечение бесплодия с помощью этой технологии. По данным исследований в разных странах средняя частота наступления беременности за один цикл в программе ЭКО составляет порядка 30-40% (Трейвиш Л.С., Лукашевич Е.А., 2010 и др.). Кроме того, по обобщенным данным медицинских учреждений, чаще всего беременность у женщин не наступает с первой попытки ЭКО, требуется ее повторение. В то же время риск возникновения задержек познавательного развития у детей раннего возраста, зачатых в результате 4-9 попыток ЭКО, достоверно выше, чем у детей, зачатых естественным путем или в результате 1-3 попыток ЭКО (Ланцбург М.Е., Соловьева Е.В., 2013). В связи с этим для системы здравоохранения, включая его организационные, клинические и экономические аспекты, актуально повышение эффективности ЭКО. Психосоматические взаимосвязи чрезвычайно сильны в репродуктивной системе женского организма. На эффективность лечения бесплодия значительно влияет эмоциональное состояние пациенток, их личностные особенности (Филиппова Г.Г., 2003, 2009, 2014; Болотова В.П., 2006; Кулакова Е.В., 2007; Себелева Ю.Г., Садокова А.В., Мохов В.А., 2011; Добряков И.В., Блох М.Е., 2013; ; Domar A.D. et al., 1992; Matsubayshi H. et al., 2001; Karimzadeh M., 2006; Оми F., 2010 и др.). Такого же мнения придерживаются и пациентки, столкнувшиеся с проблемой бесплодия. Большинство из них полагают, что напряжение, беспокойство являются факторами, препятствующими естественному зачатию или успешному лечению бесплодия (Lord S., Robertson N., 2005). Уровень психологического стресса оказывает значительное влияние на функционирование репродуктивной системы человека, реализуясь через гипоталамо-гипофизарную регулятивную систему, поддерживая повышение уровня кортизола в организме, что приводит к нарушениям в иммунной системе, негативно влияет на тканевые процессы в эффекторных органах репродуктивной системы. Состояния острого и хронического стрессов возникают в результате сочетания социальных и психологических факторов – психосоциальных влияний, особенностей личности и адаптационных ресурсов конкретной женщины. Вероятность наступления беременности в результате ЭКО достоверно выше у пациенток, эмоциональное состояние которых в период от вступления в цикл до переноса эмбрионов имело положительную динамику, было благоприятным в день вступления в цикл и оставалось стабильным до переноса эмбрионов (Гарганеева А.Э., Востриков В.В., Фадеева Н.И., 2011). Ж.Р. Гарданова исследовала влияния наличия пограничных психических расстройств у женщин с бесплодием на успешность результата проведения ВРТ (Гарданова Ж.Д., 2008). Также в числе причин, влияющих на проведения ЭКО исследовались трудности становления внутренней позиции матери у женщины (Якупова В.А. 2015). Кроме того, для многих женщин сам факт лечения от бесплодия представляет серьезную психологическую проблему (Boivin J., Takefman J.E., 1995; Филиппова Г.Г., 2014). В программе ЭКО есть специфические особенности процедуры, которые ведут к повышению тревожности пациенток, чувству неуверенности, потери контроля над ситуацией, что повышает уровень стресса и, в свою очередь, негативно влияет на результаты процедуры. В связи с этим 30% пар досрочно прекращают лечение, так и не справившись с психологической нагрузкой (Olivius C., 2004). К сожалению, в отечественной репродуктивной медицине большинство врачей считает необходимым оказание психологической помощи женщинам не при включении в программу ВРТ и в процессе ее проведения, а только после неудачных попыток лечения. Это тактика не может считаться верной (Добряков И.В., 2010; Цырлин Д.Е., 2010). Таким образом, анализ литературных источников и собственные наблюдения показывают, что многие женщины при проведении ЭКО имеют высокий уровень тревоги, невротическую симптоматику и нуждаются в лечении. Но использование психофармакотерапии имеет при проведении ЭКО значительные ограничения, а иногда и противопоказания. Поэтому очевидна необходимость оказания психологической помощи, а нередко проведение психотерапии парам при вступлении в программу ЭКО и во время наступившей в результате беременности. Для решения этой задачи в последние годы выполнен целый ряд исследований, в которых предлагаются рекомендации и программы оказания психологической поддержки и помощи женщинам в процессе проведения ЭКО (Кулакова Е.В., 2007; Гарданова Ж.Д., 2008; Иванова А.П., 2010; Гарганеева А.Э., 2014; Якупова В.А., 2015 и др.). Усилия авторов преимущественно сосредоточены на предупреждении и купировании симптоматики невротического уровня у женщин. При этом не учитывается, что одной из значимых причин бесплодия, появления нервно-психических расстройств у женщин как до вступления в программу ЭКО, так и в процессе ее проведения является наличие личностно значимых социальных стрессовых ситуаций, особенно дисгармонии супружеских отношений. Поэтому необходимо рассматривать психологическое консультирование пар как до начала проведения ЭКО, так и во время проведения программы (Добряков И.В., 2010; Цырлин Д.Е., 2010). Разработанная нами программа психодиагностики и комплексного психологического воздействия, направленного на коррекцию психосоматического компонента нарушений репродуктивной функции, эмоционального состояния и на психологическую адаптацию к процессу ЭКО, включает работу с парой, исследование удовлетворенности браком, мотивов желания иметь

ребенка. Также она включает методику проведения сеансов психотерапии супругов, как при подготовке к ЭКО, так и во время наступившей в результате беременности.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Ермакова Н.Г., nataliya.ermakova@yandex.ru, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург.

STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF PATIENTS AFTER A STROKE

Ermakova N.G., nataliya.ermakova@yandex.ru, PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Chair of Clinical psychology and Psychological Care Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russian Federation.

У больных с последствиями инсульта на ранних этапах реабилитации блокирована возможность в реализации потребностей: в физической независимости, самообслуживание и ходьбе, общении и саморегуляции, в самопринятии и самоуважении, в принятии и уважении другими, в саморазвитии. Невозможность самообслуживания и реализации насущных биологических потребностей больных с последствиями инсульта приводит к ощущению беспомощности, и сопровождается депрессивными, невротическими реакциями на заболевание.

Нами на основании теоретических и клинико – и экспериментально-психологических исследований предложена многоуровневая иерархическая структура психической адаптации больных с последствиями инсульта. Достижения адаптации на каждом уровне обеспечиваются биологическими, психологическими и социальными средствами воздействия на больного и способствует реализации потребности каждого уровня.

1. Психофизиологический уровень адаптации: на первом этапе реабилитации (блокирована потребность в физической независимости) происходит восстановление навыков самообслуживания и ходьбы.
2. Когнитивный уровень адаптации (блокирована потребность в общении, саморегуляции) направлен на восстановление речи и других высших психических функций.
3. Индивидуально-личностный уровень (нарушение самопринятия, самоидентификации.) направлен на восстановление целостности «Я» самоидентичности. При восстановлении первых трех уровней адаптации завершается первый этап психологической реабилитации.
4. Социально-психологический уровень (блокирована потребность в принятии другими) направлен на принятие новой социальной роли и перестройку межличностных отношений, что происходит на втором этапе психологической реабилитации.
5. Экзистенциальный уровень – (блокирована потребность в саморазвитии), -принятие новых ценностей и смысла жизни происходит на третьем этапе психологической реабилитации.

РАЗЛИЧИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ТОКСИКОМАНИЯМИ

Журавлёв Я.С., YJuravlev@gmail.com, ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», заведующий отделением.

Чехонадский И.И., ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», главный врач.

Пряникова Е.В., ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», заместитель главного врача.

DIFFERENCES OF AUTOAGGRESSIVE MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE

Zhuravlev Y.S., Head of the department "Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 2".

Chekhonadsky I.I., Regional Clinical Hospital "Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 2", Chief Physician.

Pryanikova E.V., Regional Clinical Hospital "Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 2", Deputy Chief Physician.

В последние годы не теряет свою актуальность проблема алкоголе- и наркозависимости в нашей стране [1]. Число наркоманов и алкоголезависимых в России не снижается, а вслед за ним и преступность, связанная с употреблением психоактивных веществ, равно как и смертность среди молодежи [2].

Вместе с тем, не менее актуальной остается проблема аутодеструктивного (саморазрушительного) поведения, которая встает все отчетливее [3].

В настоящее время аутоагрессивное поведение является одной из актуальных проблем как в психиатрии и наркологии, так и в клинической (медицинской) психологии. Высокие показатели самоубийств, суицидальных попыток и других видов аутоагрессии регистрируются как при алкогольной, так и наркотической зависимостях.

Больные наркоманией совершают суициды до двадцати раз чаще, чем лица, не страдающие этим заболеванием [4].

Материалы и методы. Исследование пациентов проводилось на базе Оренбургского областного клинического наркологического диспансера. Исследовалось 30 человек с синдромом зависимости (код F1x.2 по МКБ-10), включая алкоголизм (16 человек) и токсикомании (14 человек).

Использовался экспериментально-психологический метод, включавший, опросник Басса-Дарки (с целью изучения структуры агрессивного поведения). Клинико-психологический метод (расспрос, наблюдение, интервьюирование, изучение историй болезни, опрос медицинского персонала наркологического диспансера). Методы обработки экспериментальных данных: количественный и качественный анализ, методы математической обработки данных (U-критерий Манна-Уитни).

Анализ эмпирических данных, полученных с помощью опросника Басса-Дарки, позволил выявить следующие особенности в группе больных алкоголизмом и группе больных токсикоманиями.

В первую очередь, обращает на себя внимание большая выраженность у больных алкоголизмом таких показателей, как физическая агрессия, обида, вербальная агрессия и чувство вины, в то время как токсикоманы демонстрируют значительно меньшие результаты по данным параметрам.

Больные токсикоманиями, в свою очередь, превышают выборку больных алкоголизмом по шкалам косвенная агрессия и раздражение. Одновременно с этим, было установлено отсутствие статистически значимых различий по шкалам негативизм

и подозрительность, хотя данные показатели среди токсикоманов умеренно превышают таковые в группе алкоголезависимых.

Список литературы

1. Тихомиров Д.А. Демографический кризис и проблемы здоровья российской молодежи // Информационный гуманитарный портал Знание. Понимание. Умение. 2013. № 5. С. 5.
2. Герасимова В.В. Социально-психологические особенности студентов с аутоагрессивностью, склонных к алкогольной и наркотической зависимостям // Казанский педагогический журнал. 2013. № 1 (96). С. 152-157.
3. Бисалиев Р.В. Анамнестические и клиничко-феноменологические предикторы аутоагрессивного поведения при созависимости // Наркология. 2008. Т. 7. № 10. С. 61-66.
4. Агибалова Т.В., Смышляев А.В. Клиничко-психопатологические особенности аутоагрессивного поведения у больных с зависимостью от опиатов // Вопросы наркологии. 2010. № 2. С. 18-27.

СТРЕСС И СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ

Журавлева Е.В., vitazhur@yandex.ru, студентка, кафедра клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

Дубинина Е.А., trifonovahelen@yandex.ru, кандидат психологических наук, научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; доцент, кафедра клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

Коростовцева Л.С., korostovtseva_ls@almazovcentre.ru, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, группа по сомнологии научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии; Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения России.

Фильченко И.А., iriina6994@gmail.com, студентка медицинского факультета, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения России, лаборант-исследователь, виварий №2, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения России; лаборант-исследователь, лаборатория сравнительной сомнологии и нейроэндокринологии, Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И. М. Сеченова Российской академии наук.

Бочкарев М.В., bochkarev_mv@almazovcentre.ru, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, группа по сомнологии научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения России.

Свирияев Ю.В., sviryayev_yuv@almazovcentre.ru, доктор медицинских наук, руководитель, группа по сомнологии научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Министерства здравоохранения России; Руководитель, лаборатория сравнительной сомнологии и нейроэндокринологии, Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И. М. Сеченова Российской академии наук.

Алехин А. Н., termez59@mail.ru, доктор медицинских наук, профессор, заведующий, кафедра клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

STRESS AND COPING BEHAVIOR IN CHRONIC INSOMNIA

Zhuravlyova E.V., Student, Clinical Psychology and Psychological Assistance Department, Herzen State Pedagogical University of Russia.

Dubinina E. A., PhD, Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, Bekhterev National Research Medical Center of Psychiatry and Neurology; assistant professor, Clinical Psychology and Psychological Assistance Department, Herzen State Pedagogical University of Russia.

Korostovtseva L.S., MD, PhD, Researcher, Somnology Group, Hypertension Department, Almazov National Medical Research Centre.

Filchenko I.A., Student, First Pavlov State Medical University of St. Petersburg; Laboratory Assistant, Vivarium №2, Almazov National Medical Research Centre; Laboratory Assistant, Laboratory of comparative somnology and neuroendocrinology, Sechenov institute of evolutionary physiology and biochemistry of Russian Academy of Sciences.

Bochkarev M.V., MD, PhD, Senior Researcher, Somnology Group, Hypertension Department, Almazov National Medical Research Centre.

Sviryaev Y.V., MD, PhD, DSc, Head, Somnology Group, Hypertension Department, Almazov National Medical Research Centre, Head, Laboratory of comparative somnology and neuroendocrinology, Sechenov institute of evolutionary physiology and biochemistry of Russian Academy of Sciences.

Alekhin A. N., MD, PhD, DSc, Head, Clinical Psychology and Psychological Assistance Department, Herzen State Pedagogical University of Russia.

Работа проведена при поддержке Российского научного фонда, проект № 17-75-10099.

В настоящее время, несмотря на признание роли психогенных факторов в развитии и хронизации нарушений сна, отсутствует единая точка зрения на значение стрессовой нагрузки и особенностей стресс-преодолевающего поведения в возникновении и поддержании наиболее распространенной формы нарушения сна – хронической инсомнии. **Цель исследования:** определить уровень стресса и характеристики стресс-преодолевающего поведения у пациентов с хронической инсомнией. **Материал и методы.** Было обследовано 29 пациентов (из них 19 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 33,1±2,1 лет) с хронической инсомнией, диагностированной в соответствии с критериями Международной классификации нарушений сна III пересмотра. Контрольную группу составили 32 человека (из них 11 мужчин) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 31,5±2,0 года) – без нарушений сна. Качество сна оценивалось с

использованием шкалы «Индекс тяжести инсомнии» и полисомнографического обследования. Уровень стресса и особенности стресс-преодолевающего поведения оценивались с помощью интервью (оценка событий, перенесенных за предшествующий год), а также опросников «Уровень субъективного контроля», «Стратегии совладающего поведения». **Результаты.** Основная и контрольная группа не различались по среднему количеству перенесенных за предшествующий год событий, однако пациенты с инсомнией значимо чаще отмечали утрату близкого ($p=0,04$), в то время как респонденты контрольной группы чаще сообщали об условно положительных событиях: беременности ($p=0,007$) или свадьбе ($p=0,02$) кого-то из близких людей. Пациенты с хронической инсомнией чаще оценивали перенесенные за предшествующий год события как неконтролируемые ($p<0,001$) и затянувшиеся ($p<0,001$), имели более низкие показатели ($p<0,01$) по всем шкалам опросника «Уровень субъективного контроля» за исключением шкалы межличностных отношений и более низкие показатели частоты использования стратегий конфронтации ($p=0,001$), поиска социальной поддержки ($p<0,001$), принятия ответственности ($p<0,001$) и положительной переоценки событий ($p<0,001$). **Вывод.** Выявленные у пациентов с хронической инсомнией особенности интерпретации стрессогенных событий собственной жизни (как неподконтрольных, затянувшихся) и особенности стресс-преодолевающего поведения (недостаточно активное использование стратегий совладания) могут рассматриваться как психогенные факторы развития и поддержания нарушения сна.

ПРОБЛЕМА ТРЕВОГИ В ЭВОЛЮЦИОННОМ И КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТАХ

Журавлева Ю.В., jv.clinic@yandex.ru, клинический психолог, специалист ООО «Психологический центр на Волхонке», научный сотрудник Отдела психолингвистики Института языкознания РАН, г. Москва.

Журавлев И.В., semiotik@yandex.ru, кандидат психологических наук, врач-психотерапевт, старший научный сотрудник Отдела психолингвистики Института языкознания РАН, г. Москва.

EVOLUTIONARY, CULTURAL AND HISTORICAL ASPECTS OF ANXIETY

Zhuravlyova Yu.V., Zhuravlyov I.V.

Тревожные расстройства являются одной из актуальных проблем современной психотерапии. Когнитивно-поведенческая психотерапия ориентируется на эволюционную теорию тревоги (А. Бек, А. Фриман, Р. Лихи и др.). Нам представляется возможным интегрировать этот подход с культурно-исторической теорией, разработанной в отечественной психологии (Л.С. Выготский).

Методологическая особенность (и в то же время слабость) эволюционного подхода состоит в том, что в фокусе рассмотрения остается отношение «организм—среда». Если предельно упростить, дело сводится к тому, что среда изменилась быстрее, чем мог измениться организм: старые механизмы защиты и адаптации плохо «работают» в новых, изменившихся условиях. Эволюционный подход объясняет тревогу как адаптивную функцию. Древнему человеку было необходимо находиться в состоянии повышенной готовности к различным опасностям. Современный человек живет в других условиях, но древние адаптивные функции перестроиться не успели: в результате тревога опредмечивается в объектах, которые могут быть не опасны с биологической точки зрения.

В фокусе рассмотрения культурно-исторического подхода находится диалектическое отношение «человек—культура». Реальность человека является не биологической, а социальной и символической. Обладая сознанием, человек воспринимает мир через посредство системы значений. В биологическом мире мера тревоги соответствует мере опасности (хищник не может стать страшнее, чем он есть). В символическом мире между мерой тревоги и мерой опасности нет прямого соответствия. Поэтому самый незначительный фактор может означать катастрофу.

Символическая реальность, в отличие от биологической, организована во времени и глобальном пространстве. Животному практически невозможно выйти за предел актуальной ситуации; человек же это делает постоянно, а значит, может тревожиться по поводу событий, которые он непосредственно не наблюдает.

Согласно эволюционному подходу, люди не успели адаптировать свой биологический аппарат к изменившимся условиям. Согласно культурно-историческому подходу, люди приобрели символический аппарат, который и ловит их в ловушки тревоги.

Мы полагаем, что интеграция в современную психотерапию представлений культурно-исторического подхода обогатит психотерапевтическую практику и позволит прийти к более глубокому и объективному пониманию феномена тревоги.

ПСИХОТЕРАПИЯ И СУПЕРВИЗИЯ: ПРАКТИКИ В ПОИСКАХ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕТОДОЛОГИИ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАНИЙ)

Залевский Г.В., Usya9@sibmail.com, профессор Балтийского федерального университета им. И.Канта (Калининград, Россия) и Национального исследовательского государственного университета (Томск, Россия).

PSYCHOTHERAPY AND SUPERVISION: PRACTICE ON FINDING OF INTEGRATIVE METHODOLOGY (THEORETIC-METHODOLOGICAL BASIS)

Zalevsky G.V., Professor of Baltic Federal Immanuel Kant University (Kaliningrad, Russia) and National Research State University (Tomsk, Russia).

Остается и сегодня довольно актуальной, как в теоретическом, так и в практическом плане, проблема отношений между разными направлениями в психотерапии и психологической супервизии (психосупервизии), проблема необходимости и возможности их интеграции в интересах клиента и пациента. Как считают Arkowitz (1989), Norcross, Newman (1992) существуют три способа интеграции в психотерапии: методологический эклектизм, теоретическая интеграция и общие факторы. Арнольд Лазарус, один из разработчиков современной бихевиорально-когнитивной психотерапии, подчеркивает: «я придерживаюсь эклектического подхода и отношусь к теоретической интеграции со значительным подозрением, если не с пренебрежением» (2001). При всем уважении к позиции Лазаруса, не можем согласиться с его «пренебрежением» в отношении теоретической интеграции. Ведь, например, поведенческая терапия, благодаря и его усилиям, за что, кстати,

позднее Й. Вольпе «отлучил его от поведенческой терапии» за «вероотступничество», в разработке краткосрочной мультимодальной терапии, – это было движение навстречу когнитивной психотерапии и интеграция с ней не только благодаря «общим факторам» и не только на уровне методологического эклектизма, но и на уровне теоретической интеграции. Несомненно, современная когнитивно-поведенческая (бихевиорально-когнитивная) терапия – это пример того, что интеграция в психотерапии и психосупервизии возможна, хотя и на разных уровнях и в разной мере. И этот тренд, отмечаемый сегодня в развитии всех форм психологической помощи (Scholz W-U., 2001)), это не только и не столько требование времени, сколько в интересах клиента и пациента, для которых эта помощь должна быть максимально эффективной. Исходным интегрирующим концептом, на наш взгляд, является понимание человека как биопсихосоциально-этическое/духовно-нравственное образование (Залевский Г.В., 2012). Так, еще Бинсвангер указывал, что «обращение к экзистенциальному анализу убедило его в том, что в теории Фрейда, человек еще не является человеком в полном смысле этого слова» (цит.: по Р.Мэй, 2005). Ближе к этому и мнение А.Маслоу: «Созданный Фрейдом образ человека оказался определенно непригодным, ибо он не отражал человеческих стремлений, осуществимых человеческих надежд и высших свойств человека» (2005).

ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД СЕАНСОМ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Захарова М.Л., mayazaharova@mail.ru, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Медицинский институт Березина Сергея (МИБС).

THE LEVEL OF ANXIETY IN PATIENTS BEFORE RADIOSURGERY TREATMENT

Zakharova M.L., Saint-Petersburg state pediatric medical university, Berezin Sergey Medical Institute.

Лечение злокачественных новообразований – одна из самых острых проблем современной медицины. Прогрессирование заболевания в виде метастазов в головной мозг по данным разных авторов составляет от 8% до 25% от всех случаев онкологических заболеваний. Современная медицина располагает высокотехнологичными стереотаксическими способами лечения новообразований головного мозга – стереотаксической радиохирургией (РХЛ) и стереотаксической радиотерапией (РТЛ), отличающимися от хирургического метода своей эффективностью и более щадящим характером. Одной из отличительных особенностей данного лечения, обеспечивающей точность лечебного воздействия, является необходимость фиксации головы пациента на длительное время, что вызывает ряд психологических сложностей и необходимость в психологическом сопровождении процесса лечения.

Целью нашей работы явилось исследование особенностей переживания состояния тревоги пациентами с метастазами в головной мозг, поступившими на РХЛ на аппарате Гамма-нож, проводившееся с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) перед началом сеанса РХЛ.

Выборку составили 68 пациентов с метастазами в головной мозг без интеллектуально-мнестических нарушений : 42 женщины и 26 мужчин в возрасте от 34 до 73 лет (средний возраст 55,2 года). 32,4% имели рак молочной железы, 29,4% – меланому, 23,5% – рак легкого, 7,3% – рак желудочно-кишечного тракта, 4,4% – рак почек, по 1,5 % – рак яичников и рак матки.

Средний общий балл как по всей выборке (23,5), так и по подгруппам в зависимости от первичного очага

КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ВУЗА

Зиновьева Е.В., e.zinovieva@spbu.ru, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии личности ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; научный руководитель Психологической клиники СПбГУ.

Искра Н.Н., кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии образования и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

COTHERAPY IN THE PSYCHOLOGICAL SERVICE OF UNIVERSITY

Zinovieva E.V., e.zinovieva@spbu.ru –PhD, assistant professor, Saint-Petersburg University, Science supervisor of the Psychology Clinic SPBU.

Iskra N. N., n.iskra@spbu.ru - PhD, ass.professor, Saint-Petersburg University.

Консультирование в режиме ко-консультирования уже давно и успешно используется в практике оказания психологической помощи, в групповой и семейной психотерапии. Значительно реже оно применяется в обучающих целях и в основном за рубежом (Clark, 2015). Тем не менее, до сих пор не разработаны методологические аспекты совместной консультационной работы, а также не существует теории ко-консультирования (Кейсельман, 2007). На наш взгляд, эта ситуация должна меняться, поскольку имеющийся у нас опыт использования ко-консультирования как модели обучающей технологии демонстрирует ее полезность в работе с клиентами и серьезный образовательный потенциал.

Служба психологической помощи как отделение Психологической клиники СПбГУ была создана в 2012 году для оказания помощи студентам и сотрудникам Университета в решении разнообразных психологических проблем, а также для предоставления практики студентам факультета психологии.

В психологической службе, ко-консультирование, как технология обучения и включения непосредственно в практику психологического консультирования, при которой один из ко-консультантов является ведущим консультантом-преподавателем, а второй – обучающимся (студентом, прошедшим предварительную подготовку по развитию навыков психологического консультирования в тьютерской группе), является основной на протяжении уже шести лет.

Положительная обратная связь от обучающихся и клиентов, с которыми они начинают индивидуальную практику в качестве стажеров позволяет делать выводы об эффективности как обучающегося, так и самой технологии. Такая технология имеет преимущество для психологических служб Вузов в том числе, и в связи с возможностью «воспроизводить» кадры для оказания психологической помощи внутри самого образовательного учреждения.

Однако имеется ряд методических вопросов, на которые, в настоящее время нет однозначных ответов, но которые требуют своего разрешения. Поскольку ко-консультирование имеет ряд особенностей, таких как: необходимость согласовывать собственную консультативную активность с активностью второго консультанта, наличие диадных и триадных отношений, остается неясным как эффективнее выстраивать коммуникации между ведущим ко-консультантом и обучающимся: на равных, обучающийся активен, ведущий ко-консультант включается только при необходимости, активен ведущий ко-консультант, постепенно передавая контроль над процессом обучающемуся. Мы планируем провести ряд исследований, с учетом опыта групповой и семейной психотерапии.

СПЕЦИФИКА САМООТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА ОНЛАЙН ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Иванов В.Г., vov.nds@yandex.ru, аспирант кафедры социальной и клинической психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары.

Лазарева Е.Ю., elyu88@gmail.com, доцент кафедры социальной и клинической психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары.

Николаев Е.Л., umuchgu@bk.ru, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары.

SPECIFICS OF THE SELF-RELATION OF THE PERSON AT THE ADDRESS FOR ONLINE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

Ivanov V.G., vov.nds@yandex.ru, graduate student of social and clinical psychology chair, Chuvash state university, Cheboksary.

Lazareva E.Y., elyu88@gmail.com, associate professor of social and clinical psychology of the Chuvash state university of I.N. Ulyanov, Cheboksary.

Nikolaev E.L., umuchgu@bk.ru, doctor of medical sciences, associate professor, head of the department of social and clinical psychology of the Chuvash state university, Cheboksary.

В настоящее время исследователи выделяют несколько основных факторов, определяющих предпочтительный выбор клиентов обращаться за психологическими услугами онлайн в отличие от очных встреч со специалистом. К таким факторам относят низкий материальный уровень, нехватку времени, личностные особенности клиентов, состояние здоровья, а также невозможность обращения за очной психологической помощью в связи с отсутствием необходимых специалистов в месте проживания клиентов.

Проведенное исследование было направлено на изучение личностных особенностей пользователей, обращающихся за психологическими услугами посредством сети интернет. Нами были проанализированы личностные особенности обратившихся пользователей при помощи «Опросника исследования самооотношения личности».

Всего было опрошено 114 человек, возраст обследуемых составил от 18 до 67 лет. При этом наибольшее число обращений 71,2% пришлось на возраст от 26 до 55 лет. Среди обратившихся женщин – 85,9%, мужчин – 14,1%.

Выявлено, что личностные особенности данных пользователей характеризуются разной степенью открытости в зависимости от ситуации (68,4%). Степень их уверенности в себе зависит от наличия трудных и проблемных ситуаций в которых данные опрошенные чаще чувствуют напряженность и неудовлетворенность (77,2%), половина обследуемых в новых условиях проявляет нестабильность собственного «Я» (51,7%), высокий уровень контроля над эмоциональными проявлениями выявлен у 46,5% опрошенных, избирательное восприятие отношения окружающих к себе имеют 53,5% опрошенных, ощущение ценности собственной личности выявлено у 62,3% исследуемых. Склонность не принимать часть своих достоинств и недостатков выявлена у 55,2% опрошенных, а стремление к изменению лишь некоторых качеств личности выявлено у 70% опрошенных. Тенденцию к увеличению внутренней конфликтности при появлении трудностей имеют 69,2% обследуемых. Самообвинение у 57% опрошенных сочетается с выражением гнева и обиды в адрес окружающих.

Таким образом, личностные особенности пользователей, обращающихся за психологическими услугами посредством интернета, характеризуются стремлением защитить себя от необходимости полностью открываться перед собой и другими, от неожиданных ситуаций в которых они чувствуют себя неуверенно и напряженно. В связи с этим они стремятся к большей анонимности и конфиденциальности получаемых услуг и не всегда готовы к возможным глобальным изменениям личностных качеств, принятию всех своих достоинств и недостатков.

ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ, НА ПРИМЕРЕ ТУЛГУ

Ивашиненко Д.М., divashinenko@mail.ru, доцент, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Федеральное государственное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет».

Ивашиненко Л. В., директор службы психолого-педагогической помощи студентам, Федеральное государственное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет» (lamersy@mail.ru)

Бурделова Е.В., ассистент кафедры психиатрии и наркологии, Федеральное государственное учреждение высшего образования «Тульский государственный университет» (lenoknel@mail.ru)

PREVENTION OF AGGRESSION IN THE BEHAVIOR OF MOLD IN THE ENVIRONMENT, FOR EXAMPLE.TSU

Ivashinenko D., associate Professor, candidate of medical Sciences, head of the Department of psychiatry and narcology, Tula State University (divashinenko@mail.ru)

Ivashinenko L., Director of the service of psychological and pedagogical assistance to students, Tula State University (lamersy@mail.ru)

Burdelova E., assistant of the Department of psychiatry and narcology, Tula State University

В 2016-2017 годах в Тульском государственном университете было проведено исследование «Медико-психологическая характеристика и система мер профилактики агрессивного поведения в молодёжной среде». В нём приняло участие 721 студентов-первокурсников в возрасте от 18 до 21 года.

Целью исследования являлось выявление факторов развития агрессии и создание системы мер профилактики агрессивного поведения в молодёжной среде.

Задачи исследования:

- определить распространённость агрессивного поведения в студенческой среде;
- выявить факторы развития агрессивного поведения;
- разработать систему мер профилактики агрессивного поведения.

Методы исследования: психиатрическое обследование, анкетирование, опросник BDHI (в модификации Г.В. Резапкиной), опросник STAXI, опросник SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ), методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека); опросник TCI-125 (опросник темперамента и характера Р. Клонингера).

Результаты исследования. Среди всех участников исследования повышение уровня агрессии как черты характера было выявлено в 26,9 % случаев (у 194 человек). Сочетание данного показателя с низким уровнем контроля агрессии было обнаружено у 51 респондента (7,1%), а с текущим агрессивным состоянием – 64 (9%). У 3,7% респондентов выявлена агрессия как состояние и черта характера с неспособностью её контролировать, что можно рассматривать как крайне высокий риск развития агрессивного поведения.

Была выявлена взаимосвязь низкого уровня физического функционирования с выраженной обидчивостью, а социального функционирования – с обидчивостью и подозрительностью. Для лиц с низкими показателями жизнеспособности и психологического здоровья характерен высокий уровень раздражения, обидчивости и подозрительности. Исследование позволило выявить взаимосвязь между качеством жизни и уровнем агрессии. И рассматривать низкий уровень как физического, так и соматического здоровья как проагрессивный фактор.

У всех респондентов с высоким уровнем агрессивности была выявлена акцентуация характера. Наиболее часто встречались экзальтированная, гипертимная, циклотимная, эмотивная и застревающая.

Система мер профилактики агрессивного поведения в молодёжной среде с использованием психологического и медицинского воздействия является эффективным средством предупреждения агрессивного поведения в обществе. Психотерапевтические и психологические средства показали высокую эффективность по снижению уровня физической и косвенной агрессии, негативизма, агрессии как состояния.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ирмухамедов Т.Б., mr.adibay@mail.ru, ассистент кафедры психиатрии, Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан.

AFFECTIVE FEATURES OF DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS

Irnuhamedov T.B., mr.adibay@mail.ru, assistant of the Department of Psychiatry, Tashkent pediatric medical institute, Uzbekistan, Tashkent.

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутизмом. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте (К.С. Лебединская, 1989), а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома (Е.Р. Баенская, 2000, 2007; Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, 2006). **Цель исследования** – изучить клинко-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами. **Материал и методы исследования.** В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (29 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет. Обследованные больные находились на стационарном и амбулаторном лечении в Городском детском психоневрологическом центре (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. В исследовании применялись клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами. **Результаты исследования.** Ретроспективный анализ историй развития детей с аутистическими расстройствами и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру. **Выводы.** Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами, о дефицитности условий становления их собственного положительного опыта жизни в окружающей среде, и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ирмухамедов Т.Б., mr.adibay@mail.ru, ассистент кафедры психиатрии, Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS

Irmuhamedov T.B., mr.adibay@mail.ru, assistant of the Department of Psychiatry, Tashkent pediatric medical institute, Uzbekistan, Tashkent.

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутизмом. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме (первазивные нарушения развития) связаны с первичной дефицитностью аффективной сферы. Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания (О.С. Никольская, 1985). **Цель исследования** – изучить клинко-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. В исследовании применялись клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами. **Результаты исследования.** Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности малыша в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание, а интенсивность негативных, которые преобладают, не может быть уменьшена. В контрольной группе особенности аффективной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка – оформлением предпочтений, привычек, усвоением правильного порядка вещей, стабильности себя и окружающих – которое происходит под эмоциональным контролем взрослого. При синдроме аутизма ограниченность возможностей саморегуляции ребенка, выраженная тенденция преобладания в индивидуальном опыте негативной избирательности и невозможность ее компенсации в разделенном с близким переживании приводят к патологическому развитию его индивидуальных аффективных механизмов адаптации. **Выводы.** Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ КАК ОСНОВА ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

Исурина Г.Л., gisurina@yandex.ru, кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет.

PSYCHOLOGY OF RELATIONS AS THE BASIS OF PERSONALITY-ORIENTED (RECONSTRUCTIVE) PSYCHOTHERAPY

Isurina G.L., PhD, associate professor, Saint Petersburg State University, gisurina@yandex.ru

Проблема теоретической обоснованности психотерапии не теряет своей актуальности, поскольку востребованность психотерапии в обществе, интерес врачей и психологов к психотерапевтической практике требует совершенствования системы подготовки психотерапевтов, которая наряду с практическим освоением методов и техник, включает изучение теоретических основ различных психотерапевтических направлений, которые связаны с психологическими теориями, содержащие представления о психическом здоровье, личностных нарушениях и их причинах, а также о возможности изменений в процессе психотерапии. Теоретические представления, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология», полностью определяют цели и задачи, характер и специфику психотерапевтических воздействий, тактику и стратегии психотерапевта, а также выбор методов. Созданная В.Н.Мясищевым психология отношений позволила создать единую теорию, включающую концепцию личности, концепцию психологического происхождения неврозов и психотерапевтическую систему. До сегодняшнего дня в России не существует другой психотерапевтической модели, которая была бы разработана на основе четких и взаимосвязанных концепций личности и концепций происхождения невротических расстройств.

Основным понятием в психологической концепции В.Н.Мясищева является понятие «отношение». Отношения представляют собой преимущественно сознательную, основанную на опыте, избирательную психологическую связь человека с различными сторонами реальной действительности, которая находит выражение в его действиях и переживаниях. Отношения личности, определенным образом связанные между собой, образуют систему отношений, которая рассматривается В.Н.Мясищевым как основное личностное образование. В соответствии с этим невроз понимается как результат нарушения системы отношений: в основе невроза лежит не вторичная неадекватность системы отношений, возникающая под воздействием внешней психотравмирующей ситуации, и не сам по себе психологический конфликт, а неадекватность системы отношений, сформировавшаяся в процессе развития личности, обусловленная всей ее историей и

провоцирующая субъективно неразрешимые интрапсихические конфликты. Эти теоретические представления послужили основой для формирования самостоятельного психотерапевтического направления – патогенетической психотерапии и личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии, которая представляет собой развитие на современном этапе патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ KON-2006

Исурина Г.Л., gisurina@yandex.ru, кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет.

Грандилевская И.В., кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, grandira@inbox.ru

Тромбчиньски П.К., кандидат психологических наук, ассистент, Санкт-Петербургский государственный университет, skala.84@mail.ru

PSYCHODIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF NEUROTIC PERSONALITY QUESTIONNAIRE KON-2006

Isurina G.L., PhD, associate professor, Saint Petersburg State University, gisurina@yandex.ru

Grandilevskaya I.V., PhD, associate professor, Saint Petersburg State University, grandira@inbox.ru

Trabczynski P.K., PhD, assistant, Saint Petersburg State University, skala.84@mail.ru

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Разработка измерительных инструментов для диагностики выраженности невротических черт личности» № 17-06-00956.

Позитивная диагностика невротических расстройств основана на выявлении личностных особенностей, играющих важную роль в трансформации сложной жизненной ситуации всубъективно неразрешимую, приводящую к развитию невротических расстройств. До настоящего времени эта задача решалась с использованием целого комплекса методик, требующего существенных временных затрат. Польским ученым Е. Александровичем был разработан «Опросник невротической личности KON-2006», позволяющий достаточно быстро выявить и измерить широкий спектр личностных черт невротического регистра. Адаптация и проверка валидности Опросника в России показали, что он действительно описывает личностные проявления невротического спектра. Анализ результатов исследования 423 человек (201 пациента с невротическими расстройствами и 222 здоровых) показал, что пациенты достоверно отличаются от здоровых по общему показателю выраженности невротических черт, характеризующему объем личностных дисфункций, а также по показателям 23-х из 24-х шкал опросника. С точки зрения диагностических возможностей методики интерес представляют значения интегративного показателя X-KON в группах пациентов с различными видами невротических расстройств: выявлено, что X-KON достоверно различает группы пациентов с невротическим расстройством, расстройством адаптации и невротоподобным расстройством (в 1 группе обнаружено наибольшее значение этого показателя, во 2 группе он достоверно ниже и в 3 группе он наименьший). Этот результат важен как по причине дифференцировки диагностических групп, так и в связи с эмпирическим подтверждением положения В.Н. Мясищева о различном удельном весе в этиопатогенезе невротического состояния и невротической реакции тяжести психотравмирующей ситуации и выраженности личностных дисфункций.

Таким образом, методика «Опросник невротической личности KON-2006» предоставляет информацию о широком спектре личностных дисфункций, а также об общем объеме их выраженности. Методика хорошо дифференцирует клиническую группу, а также группы пациентов с различными типами невротических расстройств. «Опросник невротической личности KON-2006» может быть эффективно использован в процессе психодиагностики, а также психотерапии как для формирования направленности психотерапевтических воздействий и мишеней психотерапии, так и для контроля эффективности психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Карпова Э. Б., e.karpova@spbu.ru; karpova@inbox.ru, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, Санкт-Петербургский государственный университет; старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

Вагайцева М.В., 7707170m@gmail.com, кандидат психологических наук, медицинский психолог Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Хоспис № 1», научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

CHARACTERIZING MOTIVATIONAL ASPECTS IN PROSTATE CANCER PATIENTS FOR PROVIDING PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Karpova E.B., e.karpova@spbu.ru; karpova@inbox.ru, PhD in psychology, Associate Professor of Psychology of Crisis and Extreme Situations, St. Petersburg State University; Senior Researcher of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics of the National Medical Research Center for Psychiatry and Neuroscience named after VM Bekhterev.

Vagaytseva M.V., 7707170m@gmail.com, PhD in psychology, medical psychologist of the St. Petersburg State Health Care Institution «Hospice No. 1», a researcher of the Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Oncological Center named after NN Petrov» of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Индивидуальные программы психологической помощи пациентам строятся с учетом представлений об их психологическом отношении к болезни, одним из компонентов которого является мотивационно-поведенческий, отражающий, в частности, изменившиеся в связи с болезнью и лечением ценностные приоритеты.

В исследовании изучалась мотивационная сфера 107 мужчин в возрасте от 48 до 84 лет после простатэктомии с учетом возраста пациентов и этапа лечения.

Результаты клинико-психологической беседы и диагностики психологическими методами («Семантический дифференциал времени», «Метод мотивационной индукции», «ШСО», «УСК») подтвердили гипотезу о различиях в ведущих мотивах у пациентов *на разных этапах их лечения*: в послеоперационной группе преобладает мотивация к выздоровлению; в группе паллиативного лечения доминирует стремление к облегчению ухудшающегося состояния, в группе ремиссии – возвращение к трудовой занятости. У мужчин более молодого возраста на этапах лечения и ремиссии значимым мотивом является восстановление эректильной дисфункции. На всех этапах болезни значимым оказалось стремление к «участию в делах семьи», что согласуется с показателями методики УСК, свидетельствующими о внутреннем локусе контроля пациентов в семейной сфере при низких показателях интернальности по другим шкалам.

Во временной перспективе выявлены значимые различия *в зависимости от возраста пациентов* (так, наиболее оптимистичные взгляды на будущее оказались в средней возрастной группе – от 64 до 72 лет) *и этапа лечения* (у пациентов после операции и в период ремиссии высокие оценки по всем показателям будущего, однако в группе ремиссии оценки значимо ниже, чем в послеоперационной; в группе паллиативного лечения, как и мужчин старческого возраста, – эксплицитно низкая мотивация, направленная в будущее, и выраженная ориентация на позитивное прошлое).

Особенностью временной перспективы всей выборки является преобладание актуальных мотивационных объектов, локализованных в периодах «будущее» в целом и «старость», и редкая их отнесенность к отрезку «ближайший год». Анализ данных теста мотивационной индукции показал, что ведущей для всей выборки является мотивация, направленная на свою жизнь и аспекты функционирования в ближайшей микросоциальной среде. Наименьшей для всех пациентов оказалась значимость качественной стороны мотивационных объектов, связанной с самореализацией, саморазвитием и активным проведением досуга. Полученные результаты могут служить ориентирами построения программ психологической помощи.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кенжаев А.Б., ksurgey@mail.ru, кафедра психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии.

Матьякубова М.К., Турсунов М.Т. Научный руководитель – д.м.н., профессор **Магзумова Ш.Ш.**

GENDER DISTINCTIONS OF ANXIETY LEVEL IN AGED PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE

Kenzhaev A.B., Matyakubova M.K., Tursunov M.T., Magzumova Sh.Sh.

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью (ГБ). **Задачи:** 1) выявить различия в эмоциональной сфере у пожилых больных разного пола с ГБ; 2) определить характер и степень тяжести РТ и ЛТ у пожилых больных с ГБ. **Материал и методы:** Обследованы 50 больных, которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили 35 пожилых больных с ГБ (женщин), средний возраст $58,6 \pm 1,4$ года. В группе сравнения было 15 больных (мужчин), средний возраст $61,8 \pm 1,4$ года. Уровень реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) оценивали с помощью теста Спилбергера-Ханина.

Результаты: Уровень РТ у лиц мужского и женского пола в обеих группах был сопоставим. Наиболее часто выявлялась РТ лёгкой степени (до 30 баллов по тесту Спилбергера-Ханина). У женской группы отмечалось преобладание РТ средней тяжести, тогда как в группе мужчин имело место более равномерное распределение показателей РТ с незначительным преобладанием РТ средней тяжести (от 30 до 45 баллов). Среди мужчин и женщин ЛТ средней и тяжелой степени выявлялись у равного числа. В группе мужчин в 3,8% случаев отмечалась ЛТ лёгкой степени. У всех женщин с гипертонической болезнью (100%) была выявлена ЛТ тяжелой степени (46 баллов по тесту Спилбергера-Ханина), тогда как в группе мужчин тяжелая ЛТ встречалась лишь в 84,2% случаев.

Выводы:

1. Показатели реактивной и личностной тревожности у пожилых больных с гипертонической болезнью имеют половые различия.
2. Показатели реактивной тревожности у мужчин и женщин являются идентичными и характеризуются преобладанием РТ лёгкой степени.
3. У женщин преобладает РТ средней тяжести.
4. У мужчин и женщин в равной степени встречается ЛТ средней и тяжелой степени.
5. Для всех женщин характерна тяжёлая степень ЛТ.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТОВ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Куликова О.С., ol.klkv@mail.ru, ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России.

COPING-BEHAVIOR IN FIRST EPISODE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

Kulikova O.S., teaching assistant, 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, являются особенности совладания со стрессом как одна из важных форм адаптивного поведения индивида.

В связи с этим целью нашего исследования было изучение копинг-поведения пациентов на инициальном этапе параноидной шизофренией в зависимости от актуального уровня их социальной адаптации.

Исследование было проведено на выборке больных с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (код F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года. Было обследовано 80 пациентов, в том числе 41 мужчина, 39 женщин 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, использовалась методика «Стратегии совладающего поведения» (Вассерман Л.И. с соавт., 2009). Для статистической обработки данных была проведена оценка достоверности различий (критерий Манна-Уитни).

На основании экспертной оценки уровня социальной адаптации все пациенты были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу были включены 39 пациентов (из них – 21 женщина), характеризующихся удовлетворительным уровнем социальной адаптации. Вторую подгруппу составили пациенты с низкими адаптационными возможностями (41 человек, из них 18 женщин). Было выявлено (критерий Манна-Уитни), что пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации достоверно чаще используют копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» ($p < 0,05$), «планирование решения проблемы» ($p < 0,05$) и «дистанцирование» ($p < 0,05$); стратегия совладающего поведения «бегство» свойственна пациентам с низким уровнем социальной адаптации ($p < 0,05$).

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Липатова Л.В., гл.н.с., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Якунина Ольга Николаевна, ст.н.с., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

METHODS OF PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN EPILEPSY

Lipatova L.V., Federal State Budget Institution "National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Yakunina O.N., Federal State Budget Institution "National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Психотерапевтическая работа является дополнительным способом лечения больных эпилепсией, осуществляется на фоне адекватной медикаментозной терапии и обследования, включающего клинические, параклинические и психологические методы. Болезнь для пациентов, страдающих эпилепсией, является источником эмоционального стресса, вызывая невротические реакции и невротоподобные состояния в связи с ограничением образа жизни и социально-психологическими трудностями, поэтому применение методов психотерапии при эпилепсии обосновано и оправдано. Они включают индивидуальные и групповые, вербальные и невербальные приёмы воздействия. Индивидуальная рациональная психотерапия в том или ином объёме показана всем больным эпилепсией. Коррекция личностных проявлений больного применяется в тех случаях, когда он сам признаёт их нежелательность для себя или когда они являются причиной дезорганизации деятельности окружающих и напряжённости межличностных отношений. Мишенью психотерапевтических воздействий является актуальная система отношений, представлений и переживаний, а также более стойкая система отношений, сформированная предшествующим жизненным опытом больного. Помимо клинических аспектов, здесь сочетаются элементы просветительской и воспитательной работы, под влиянием которой расширяется кругозор больного, приобретаются навыки саморегуляции. Программа строится с учётом личностных особенностей пациентов. Исходным принципом этой работы является отбор максимально доброжелательных, успокаивающих и щадящих воздействий, поскольку сама болезнь является мощным дезорганизующим всю психическую деятельность фактором, требующим от больного значительной перестройки иерархии ценностей и системы отношений, а внешние стрессовые моменты усугубляют эту дезорганизацию. Используются такие психотерапевтические приёмы как убеждение и переубеждение, разъяснение, внушение, одобрение и порицание, метод «проигрывания» трудных ситуаций, метод «заданий и отчётов» и др. При групповой работе с больными эпилепсией применялся метод групповой беседы, проводимая в палатах больных она способствовала, улучшению психологического климата в этих малых группах. В основу невербальных групповых занятий положена схема коммуникативной терапии с элементами ЛФК, где главный акцент делается не на тренировке физического совершенства, а на улучшение коммуникабельности больных. Завершая, можно отметить, что психотерапевтическая работа является существенным и необходимым компонентом патогенетической терапии больных эпилепсией.

МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПОДДЕРЖКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

Лисовская Н.Б., *lisovskaja@mail.ru*, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии профессиональной деятельности; Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

Губа Н.В., *guba@sptgt.ru*, студент II-го курса магистратуры по программе «Психологическое сопровождение служебной деятельности» направление 030300 – Психология; Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена.

MORAL AND PSYCHOLOGICAL MEANS OF SUPPORTING TEACHERS IN STRESS SITUATIONS

Lisovskaya N.B., PhD of psychology, the senior lecturer Associate Professor Psychology of professional activity; Herzen State Pedagogical University of Russia, St.Petersburg.

Guba N.V., master student of psychology; Herzen State Pedagogical University of Russia, St.Petersburg.

Актуальность изучения вопросов кризисной психологии и психотерапии на конгрессе очевидна и определяется как ростом и широкой распространённостью психологических проблем и пограничных психических расстройств в подростковой среде (Коцюбинский А.П., 2018), так и необходимостью интегрировать психотерапевтические и психологические способы оказания помощи в профессиональной деятельности (Макаров В.В., 2017), особенно преподавателей (Лисовская Н.Б., Трощинина Е.А., 2012). Наблюдаемые расстройства невротического уровня у преподавателей дисциплин технологического профиля в учебных заведениях среднего профессионального образования привели к выводам о необходимости

использовать новые подходы и современные технологии психологического сопровождения. Вопросы психологического сопровождения преподавания рассматриваются нами в ходе исследований по теме магистерской диссертации и во время работы в техникуме железнодорожного транспорта (Санкт-Петербург, Бородинская ул. 6). Нами предложено организовать такие условия сопровождения преподавательской деятельности, как психологические консультации, диагностику, профилактику, индивидуальные и групповые тренинги и др. формы психотерапевтического воздействия на личность в ходе коллективной деятельности. Представляется важным обратить внимание специалистов на вопросы развития личности и повышения уровня компетентности специалистов. В структуре профессионально-педагогической деятельности учебных заведений среднего профессионального образования существенно отличаются инженерные кадры, которые приходят в техникум с производства. Участие психолога в решении каждодневных проблем обучения и воспитания подростков они зачастую понимают как его участие в конфликтах в роли «третьей стороны», иногда требуя использования седативных препаратов и т.п. В ходе экспериментальной работы нам пришлось отметить надежду трети наблюдаемых преподавателей на применение лекарственного лечения и психотерапии с точки зрения повышения эффективности психологического сопровождения преподавательской деятельности. Нами предложены способы психологического сопровождения при невротических расстройствах личности преподавателей, проявление которых иногда приводят к мысли о необходимости срочной психиатрической помощи.

Невротизация преподавательской деятельности проявляется как состояние эмоциональной нестабильности, закрепляющееся в невротической тенденции в общем рисунке поведения и отношений с обучающимися и коллегами. Для преодоления отмеченной невротизации использовали методики ускоренного развития личности в рамках психотерапии. В ходе группового тренинга с коллегами учились структурировать цели и задачи урока, темы, раздела и т.п. Для достижения успеха на занятии учились структурировать учебный материал и выбирать его с учетом уровня подготовленности обучаемых, а этот уровень в техникуме железнодорожного транспорта невысок из-за необходимости выполнять социальную нагрузку коммерческого обучения и т.п. В целом, удалось в ходе психотерапевтических упражнений дать преподавателям новые стратегии поведения, помогающие быть более пластичной и интегративной личностью, то есть, уметь творчески справляться с проблемами, причем не в одиночестве. Следуя классической парадигме психотерапии мы постарались помочь преподавателям достичь самоактуализации и добавить к профессиональным компетенциям специалиста железнодорожного транспорта психологические компетенции сформированной личности преподавателя. Также следует доложить о допущенных потерях: расстался с внешне успешным, молодым и опытным производственным, допустившим употребление спиртного на глазах первокурсников, поэтому директор техникума был неумолим в принятом решении. Ушла опытный преподаватель физики вследствие конфликта с педагогически-, психологически- и социально-запущенной девицей, в речи которой преобладала обценная лексика. Двойная потеря с обеих сторон педагогического процесса укрепила уверенность в необходимости интеграции психологических методов укрепления физического и нравственного здоровья подрастающих граждан Российской Федерации.

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ОЩУЩЕНИЯ СЕБЯ В СЕМЬЕ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лобурец А.О., andreiloburets@yandex.ru, аспирант кафедры общей и клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, медицинский психолог Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная детская клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области.

THE FEATURES OF SUBJECTIVE FEELING IN THE FAMILY OF CHILDREN WITH VARIOUS FORMS OF BRONCHIAL ASTHMA

Loburets A.O., andreiloburets@yandex.ru, Postgraduate of the Department of General and Clinical Psychology Kursk State Medical University, Clinical psychologist in the Regional Children's Clinical Hospital of Health Committee of Kursk Region.

По данным ВОЗ бронхиальная астма является наиболее распространенным хроническим аллергическим заболеванием у детей. В целом бронхиальной астмой в мире страдают около 235 миллионов человек, тогда как распространенность среди детского и подросткового населения составляет от 10 до 12%.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей субъективного ощущения себя в семье детей с различными формами бронхиальной астмы.

Выборку исследования составили пациенты отделения аллергологии и иммунологии (N=30) и пациенты отделения пульмонологии и эндокринологии (N=30) ОБУЗ ОДКБ, также учащиеся МБОУ СОШ №18 им. А.С. Сергеева г. Курск (N=30). Психодиагностические методики, использованные в исследовании: «Фильм-тест», методика «Рисунок семьи», методика «Волшебная страна чувств».

Выводы: у детей с аллергической бронхиальной астмой наблюдается субъективно воспринимаемое ребенком неблагоприятие семейных отношений ($p=0,00001$), дистантность контактов в семье ($p=0,00004$), чувство отчужденности от семьи ($p=0,00001$), недостаточность эмоциональных контактов ($p=0,00001$). Для детей с бронхиальной астмой характерны неудовлетворенная потребность во внимании ($p=0,00039$).

Для детей, страдающих аллергической бронхиальной астмой, свойственна повышенная привязанность к матери ($p=0,0001$) с одновременным снижением эмоциональной связи с отцом ($p=0,0215$) и более негативное отношение к родительской паре ($p=0,0002$), в сравнении с младшими школьниками, с неаллергической формой бронхиальной астмы и здоровыми детьми.

Для детей с бронхиальной астмой характерна неадекватная реакция на фрустрацию, качественно различающаяся в зависимости от формы заболевания ($p=0,00007$).

У детей с бронхиальной астмой в области, символически выражающей их заболевание, преобладают негативные переживания ($p=0,00001$), что выражает эмоциональную напряженность данной зоны. Преобладающие эмоции у детей являются качественно разными в зависимости от формы патологии.

Специфические особенности субъективного самочувствия детей в семье с различными формами бронхиальной астмой, влияют на формирование и течение данной патологии. В контексте аллергической бронхиальной астмы ведущую роль в развитии патологии занимают психогенные факторы, берущие свое начало в актуальной семейной ситуации.

Ключевые слова: бронхиальная астма, психосоматическое развитие, самочувствие, детско-родительские отношения, психосоматические расстройства.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Лукошкина Е.П., lukoshkina.ekaterina@gmail.com, клинический психолог, Многопрофильная медицинская клиника «Кадуцей».

Васильева А.В., д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

Караваяева Т.А., д.м.н., руководитель отделения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG PATIENTS WITH BREAST CANCER: CHALLENGES OF DIAGNOSTICS

Lukoshkina E.P., clinical psychologist, Multidisciplinary medical clinic "Caduceus".

Vasilieva A.V., doctor of medical science, leading researcher of the department of borderline mental disorders and psychotherapy, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Karavaeva T.A., doctor of medical science, Head of Department of borderline mental disorders and psychotherapy, St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Постановка диагноза онкологического заболевания является мощным стрессогенным фактором, приводящим к срыву адаптационных механизмов и истощению психологических ресурсов. Согласно руководству по диагностике и статистике психических расстройств IV издания (DSM-IV, APA, 1994) заболевания с высоким риском летальности были включены в перечень травматических стрессоров, способных спровоцировать психические расстройства. Согласно зарубежным исследованиям, последствия лечения онкологии молочной железы может привести к посттравматическому стрессовому расстройству, ПТСР (Kangas, Henry and Bryant, 2002). Одновременно с этим имеются публикации о том, что факт онкологического заболевания не всегда негативно влияет на мотивационно-ценностные характеристики пациентов, способствует их личностному росту (Barskova & Oesterreich, 2009; Hefferon, Grealy, & Mutrie 2009).

При постановке диагноза ПТСР у пациентов с раком молочной железы необходимо учитывать некоторые специфические особенности, которые несет в себе заболевание: хронический характер угрозы жизни с множественными источниками стресса, внутренний источник угрозы, изменения внешнего облика в связи с калечащей операцией, возможность рецидива заболевания.

По данным зарубежных исследований, частота возникновения ПТСР у пациенток с РМЖ варьирует от 2,4% (Mehnert & Koch, 2007) до 19% (Jacobsen et al., 1998). Среди социальных факторов риска выделяют ранний возраст при постановке диагноза, низкий уровень образования и социально-экономический статус (Cordova et al., 1995; Тарабрина Н. В. 2014, Тарабрина Н.В., Ворона О.А., 2010). Наличие социальной поддержки и восприятие ее как удовлетворительной также имеет важное значение для снижения риска развития ПТСР (Andrykowski et al., 2000). Клинические характеристики, связанные с высоким риском ПТСР включали стадию заболевания (Andrykowski & Кордова, 1998), характер течения (Jacobsen и др., 1998), плохую адаптацию к постановке диагноза (Andrykowski & Cordova, 1998). Наличие предшествующих психических травм (Andrykowski et al., 1998) также были выделены как значимые факторы в этиологии ПТСР.

Наличие коморбидного психического расстройства оказывает значимое неблагоприятное влияние на течение и прогноз заболевания, в связи с чем своевременная диагностика ПТСР и выделения пациентов группы риска приобретает особое значение. Для исследования ПТСР в данном контингенте больных необходимо учитывать не только клинические, но и социально-психологические характеристики больных; и использовать комплекс клинических и психодиагностических методик. Для выделения факторов риска важное значение приобретает регрессионный анализ, позволяющий выделить совокупность факторов, влияющих на потенциальную устойчивость к стрессу.

ОСОБЕННОСТИ ВОВЛЕЧЁННОСТИ БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ. ДАННЫЕ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Лутова Н.Б., lutova@mail.ru, д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Макаревич О.В., lysska@mail.ru, младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

FEATURES OF THE SCHIZOPHRENIC PATIENT'S CLOSE ENVIRONMENT INVOLVEMENT IN TREATMENT PROCESS. PILOT STUDY DATA

Lutova N.B., lutova@mail.ru, PhD, Head of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after I. VM Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Makarevich O.V., lysska@mail.ru, junior researcher, Department of Integrative Pharmacotherapy of Patients with Mental Disorders, Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after. VM Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Целью работы являлось исследование вовлечённости близкого окружения в процесс терапии. **Материалы исследования:**

Были опрошены близкие пациентов, которые проходили психообразовательную программу для родственников. Всего обследовано 42 человека: 30 женщин, 12 мужчин. Из них: 31 человек – родители пациентов, 7 – супруг или супруга, 1 – сестра пациентки; 3 – дети пациентов. Средний возраст составил 51,7 года. Изучались особенности позиции близкого окружения больных по отношению к проводимому лечению. Фиксировались высказывания родных при обсуждении их видения роли в процессе лечения. **Результаты:** На основании анализа собранных материалов близкие пациентов были распределены на несколько групп.

Одна из них (5%) была представлена родственниками, которые впервые столкнулись с проблемой развития болезни в семье и не имели сформировавшегося отношения к лечению.

В 38% случаев позиция близких больных, проходивших лечение в стационаре, относительно терапии была созвучна потребности самого пациента, что выражалось в адекватном уровне поддержки. Так, при активном отношении больного к лечению – осуществлялось деликатное содействие (21%), а в случае его пассивной позиции (17%) – активные помощь и контроль за приёмом лекарств.

Характер вовлечённости 44% родственников таков, что способен провоцировать и/или потворствовать нарушениям комплайенса, воздействуя деструктивно на терапевтический процесс. Данная группа включила тех, кто: отрицал сам факт заболевания и необходимость лечения (5% – «это не болезнь, лекарства не нужны»); рассматривал болезнь и терапию, как «крах всей жизни» (16%); был чрезмерно сфокусирован на вреде побочных эффектов (7% – «все наши проблемы от лекарств»); не учитывал потребность в поддержке самого пациента (7% – «без моего контроля лечение невозможно»); или потворствовал некомплайенсу (9% – «мне говорили отстать, я так и делал»).

Около 13% уклонялись от поддержки лечения при отсутствии активного противодействия этому со стороны пациента («там справятся и без меня»).

Выводы: Вовлечённость в процесс терапии лиц, опекающих больного, неоднородна. Практически в половине случаев их активность является риском потенциального некомплайенса.

При планировании терапевтической работы в семьях пациентов с шизофренией (как индивидуальной, так и групповой) необходимо учитывать особенности позиции родственников по отношению к проводимому лечению.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Малахова Н.В. (nvmalahova@mail.ru) кандидат философских наук

Садальская Е.В. (dr.espsy@mail.ru) кандидат медицинских наук

Рабочая группа имажинативной психодинамической психотерапии, г. Москва

BASIC PROVISIONS OF IMAGINATIVE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

Malakhova N., Sadalskaya E., Moscow, Russia

Современные тенденции развития психотерапии характеризуются междисциплинарностью и конвергентностью (взаимным проникновением знаний из разных областей науки). Отражение этих процессов наблюдается и в развитии психодинамической образной терапии (Садальская, 2008; 2009), ее дальнейшем позиционировании как имажинативной психодинамической психотерапии (ИПП).

ИПП – это направление психодинамической психотерапии, использующее в рамках психоаналитического сеттинга работу с имажинациями (образными представлениями) в диагностических и терапевтических целях.

Постулируются следующие основные теоретические положения ИПП:

- ИПП является направлением психодинамического подхода в психотерапии и, следовательно, в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматривает бессознательные психические процессы (бессознательные фантазии, влечения, конфликты и механизмы защиты), а также динамику их развития в отношениях с объектом.
- ИПП базируется на теоретическом фундаменте классического психоанализа и его современного развития, а также аналитической психологии К.Г. Юнга.
- ИПП в качестве теоретического обоснования использует также результаты исследований нейронаук, а также основные аспекты неклассической философии ее методологии (системный, феноменологический, синергетический, герменевтический подходы).
- Имагинации занимают промежуточное положение в континууме сновидения – свободные ассоциации. В них в символической форме представлены интернализированные конфликты пациента, паттерны его объектных отношений (прежде всего центральный бессознательный конфликт отношений). Имагинации перекидывают мостик от бессознательного к сознательному благодаря процессам символизации и ментализации (Bateman W., Fonagy P., 2006), открывают доступ к довербальному материалу пациента. Использование общих принципов неклассической модели самодоверности сознания в работе с имажинациями способствует многомерному восприятию, что предполагает сложность, неоднозначность, одновременно глубину и поверхность, взаимодействие рационального и иррационального, перетекание и взаимопроникновение событий и явлений. Неклассическая концепция предполагает спонтанность и эффективность в стремлении человеческой природы к восстановлению, открывает возможность многомерного восприятия события встречи психотерапевт-пациент (Малахова, 2013), что расширяет возможности использования образных фантазий по сравнению с классическим психодинамическим подходом.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Медведев С.Э., sem2001@bk.ru, психиатр-психотерапевт, сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, кандидат медицинских наук, врач высшей категории. Федеральное государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, Россия.

Бутома Б.Г., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, доктор медицинских наук, врач высшей категории. Федеральное государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, Россия.

BIOPSYCHOSOCIAL SYSTEMIC APPROACH IN TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA-RELATED DISORDERS

Sergei Medvedev sem2001@bk.ru

Boris Butoma butbor08@gmail.com

Бригадная работа на основе системного подхода эффективна для повышения адаптации и возвращения пациента в социум. 21 мужчина и 23 женщины в возрасте 18-28 лет, в течение 12 мес. Отмечено повышение социальной компетентности (social quotient – SQ), через 3мес. более чем на 15% и через 12 мес после начала программы реабилитации более чем на 32%. Сформулированы рекомендации, по реализации комплексной программы реабилитации.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, расстройства шизофренического спектра, изоморфизм, системная семейная психотерапия, социальная компетентность, помогающие службы

Актуальность темы.

Повышение эффективности биологической психиатрии. требует разрешения новых вопросов.

1. Под клиническим мышлением часто понимают нозоцентризм, в то время как в реабилитации пациента приоритетен валеоцентризм [9].
2. Психотерапевтическую работу эффективно начинать одновременно с обращением в СПЗ [6], но на практике она начинается после обследования.
3. У помогающих специалистов сохраняются психофобические установки [2], что затрудняет реабилитацию пациентов, страдающих расстройствами психотического спектра.
4. Традиционно предполагается переход пациента после выписки под наблюдение районного психиатра, что означает смену психотерапевта, что зачастую приводит к прекращению психотерапии.

Современный принцип «открытых дверей» требует создания единой программы реабилитации. Ответственность специалиста определяется его функциональной ролью. Более широкий спектр компетенций позволяет участвовать в смежных областях только при обсуждении программы мероприятий [5; 6].

Концепции системной семейной психотерапии (ССП) сформулированы в процессе работы с семьями больных шизофренией и на их материале, что хронологически совпало с началом психофармакотерапевтической эры [1].

Первопроходцы СПП [1; 7] прямо заявляли о большей эффективности по сравнению с биологической психиатрией и применением лекарств. Этот дискурс альтернативности при обосновании сетевых моделей в психиатрии сохранился до настоящего времени [10].

Система развивается, реагируя на изменение среды, как целое, одновременно стремясь к сохранению гомеостаза [3; 5; 6]. Кризис часто сопровождается дисфункцией. Функциональная подсистема – взрослых членов семьи стабилизируется общими целями и интересами, а дисфункциональная – детьми, болезнями и проблемами [3; 6].

Дисфункциональность особенно сказывается в период сепарации, когда задачи гомеостаза и развития в наибольшей степени расходятся [3]. В работе помогающей службы периоду сепарации аналогично отделение от помогающей структуры –внебольничная адаптация.

Социальные системы на разных уровнях изоморфны [4; 6]. При отсутствии сотрудничества между профессионалами, характер внутривнутрибригадных взаимоотношений аналогичен психологическим «треугольникам» в семьях пациентов [6]. Это и заочная взаимная критика, и сомнения в профессиональной компетентности коллег, высказываемые специалистами пациенту, и «реактивное направление» [1] вследствие явного или скрытого конфликта с пациентом или членами его семьи, и попытки объединения функций психиатра/психотерапевта в одном лице.

Эффективность реабилитации во многом определяется улучшением состояния пациента, его возвращением в социум и уровнем его социальной компетентности (SQ).

Материал и методы исследования. 21 мужчина и 23 женщины 18-28 лет, участвовавших в программе не менее 12мес. Использовалась Шкала социальной компетентности E. Doll [8].

Результаты. Анализ динамики социальной компетентности 44 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, показал повышение SQ более чем на 15% через 3мес и более чем на 32% через 12мес.

Таким образом:

- Системный подход способствует синергизму усилий нозо- и валео-центрированных специалистов помогающих профессий.
- Психотерапию с семьей пациента следует начинать с момента обращения за помощью членов его семьи.
- Формат дневного стационара и стационарного отделения (с открытыми дверями), способствует сохранению комплаенса.

Список литературы

1. Бейкер К., Варга А.Я. (ред) Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. -М.: Изд-во: Когито-Центр; 2005. – 496 с.
2. Варга А.Я. Типичные предрассудки российских семейных терапевтов // Материалы Международного конгресса «Психотерапия и консультирование личности, семьи, социума». — М., 20-22 мая 2004. [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.supporter.ru/ru/21-biblioteka/91-tipichnye-predrassudki-rossijskikh-semejnykh-psikhoterapevtov> (03.09.17)
3. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. Учебное пособие. - М.: Когито-Центр; 2009. – 182 с.
4. Тогунов И.А. Закон универсальности социальных организаций // Эксклюзивный маркетинг, 2007. – № 2 (59). – С. 3-20.
5. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики.– М.: Класс, 2010. – 208 с.
6. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. – СПб.: Речь, 2012. – 207 с.
7. G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley Towards a theory of schizophrenia // Behav. Science. – 1956. – No. 1. – P. 251-264.
8. Doll E. A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale. - Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers. – 2011. - P. 698.
9. Seikkula J., Olson M.E. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics // Family process. – 2003. – Vol 42. – No.3. – P. 403-418.

ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ЛЕТ

Мизинова Е.Б., 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 (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.

THE DYNAMICS OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PERSONAL TRAITS IN PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS OVER THE PAST 30 YEARS

Mizinova E.B., elenamizinova@yandex.ru, Candidate of psychological sciences. Senior research associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3.

Перемены, происходившие в России за последние 30 лет проявились не только в росте нервно-психической заболеваемости, но и в очевидном видоизменении в первую очередь пограничных нервно-психических расстройств, и невротических расстройств в частности. Патоморфоз невротических расстройств сопряжен с изменением патогенетических, и в том числе психологических механизмов, а также клинических и психологических характеристик пациентов.

В современных условиях возникает необходимость изучения динамики экспериментально-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами с целью коррекции методов и форм психотерапии. как основного лечебного средства при данной патологии.

Целью настоящей работы явилось изучение динамики социально-психологических особенностей личности больных с невротическими расстройствами в период с середины 1980 по 2017 гг.

Для достижения поставленной цели проводилось исследование психосоциальных качеств личности пациентов с невротическими расстройствами с помощью Гиссенского личностного опросника, разработанного D. Beckman в 1968 г. на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета и адаптированный и стандартизированный на отечественной популяции в 1993 г. (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др.).

В исследовании приняло участие 1300 пациентов с невротическими расстройствами, проходивших стационарное лечение в отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева в период с середины 1980 по 2017 гг.

В ходе ретроспективного исследования социально-психологических качеств больных с невротическими расстройствами за период с 1980 по 2017 гг. было установлено, что наиболее социально желательные характеристики личности демонстрировали больные с невротическими расстройствами в 1980, а наименее в 1990 гг. Пациенты 1990 гг. отличались наименьшей открытостью, ощущали себя недооцененными, не способными нравиться и привлекать внимание окружающих, у них был наиболее выраженным депрессивный фон преобладающего настроения. С начала 2000 гг. по настоящее время социально психологические характеристики становились более адаптивными, однако, так и не достигли уровня середины 1980 гг. Вероятно, политические, социально-экономические, социально-психологические и другие перемены, происходившие в России в 1990 гг. обусловили рост уровня депрессивности, недоверия и закрытости, инициировали снижение уверенности в себе, своей социальной привлекательности и оценке коммуникативных способностей.

ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПОНИМАНИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ СИМПТОМОВ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Морозова В.Н., akpsihologii@mail.ru, ведущий специалист научно-практического центра «Академия психологии». Семейный психотерапевт. Научно-практический центр «Академия психологии» г. Тюмень.

Собянина А.С., annaklepikova.81@mail.ru, руководитель научно-практического центра «Академия Психологии», педагог - психолог. Научно-практический центр «Академия психологии», г. Тюмень.

FUNDAMENTAL ROLE OF AGE PSYCHOLOGY IN UNDERSTANDING THE ORIGIN OF PSYCHIC DISORDERS SYMPTOMS

Morozova V.N., Leading specialist of the Applied Research Center «Akademy of Psychology». Family psychotherapist. Author of books. Applied Research Center «Akademy of Psychology», Tyumen, Russia.

Sobyanina A.S., Manager of the Applied Research Center «Akademy of Psychology», educational psychologist. Applied Research Center «Akademy of Psychology», Tyumen, Russia.

В процессе развития человека идентичные проявления психики могут быть нормой или патологией. Восприятие «нормальности» определяется средними стандартными показателями характерными для данного момента развития личности.

В период младенчества естественно, что ребенок не говорит, не понимает обращенную речь, не управляет своим телом. Подобное состояние в любом другом возрастном периоде будет расцениваться как выраженная олигофрения или деменция. К двум годам у малыша формируется фразовая речь, он обучается новому путем многократного повторения слов и действий. Патологические стереотипии и эхолоалии при расстройствах аутистического спектра, ритуалы при обсессивно-компульсивных расстройствах, повторения уже сказанного при атеросклеротических изменениях у пожилых людей являются регрессом функции на уровень возникновения. Бурные эмоциональные реакции, протестное поведение и склонность к разрушительным поступкам в конфликтных ситуациях, характерные для двухлетних детей, в других возрастных периодах рассматриваются, как симптомы психопатоподобного поведения. Детская реакция отказа, во взрослом состоянии, встречается уже как симптом заболевания, наиболее тяжелый вариант – это, нервная анорексия, у детей – мутизм, хронические запоры.

На этапе осознания себя, как личности, когда у ребенка проявляется «Я», в возрасте около трех лет ведущей деятельностью является сюжетно-ролевая игра. Сопровождение игры речью – способ для индивида принимать на себя разные роли, показывать эмоции, озвучивать события. Если же взрослый человек начинает проговаривать вслух свои мысли, планировать действия, разговаривать с предметами и домашними животными это является признаком, как минимум интеллектуально-мнестического снижения.

Психопатология, отражающая сложности социального взаимодействия дошкольников, проявляется тревожными расстройствами. Латентная фаза сексуальности по Фрейду, когда дети дружат в гомогенных группах по полу, превращается в гомосексуальность.

Таким образом, можно сделать вывод, что нет патологических проявлений психики, как таковых. Любая патология – это норма другого возрастного периода развития.

ВОЗМОЖНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Назарова Н.Р., nata_nazarova@mail.ru, кандидат психологических наук, медико-реабилитационное отделение Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Психоневрологический диспансер №5», медицинский психолог (арт-терапевт).

THE POSSIBILITIES OF ART THERAPY IN PSYCHIATRY

Nazarova N., nata_nazarova@mail.ru, PhD, Medico-Rehabilitation Department of Psycho Neurologic Dispensary №5, St. Petersburg, Clinical Psychologist (Art Therapist).

Будем определять арт-терапию «как совокупность приемов лечебно-реабилитационного и психопрофилактического воздействия, связанных с изобразительной деятельностью пациентов с разной психической и соматической патологией» (Копытин, 2011). Арт-терапия в психиатрии может применяться не только с целью лечения и реабилитации, но и для достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала. Рассмотрим различные возможности арт-терапии в психиатрии.

1. *Возможность знакомства и быстрого установления контакта.* Уже по самой первой арт-работе (например, рисунок имени пациента, его инициалов или метафорический автопортрет) можно быстро познакомиться с пациентом, получить первичную информацию о пациенте, о некоторых его особенностях.
2. *Возможность диагностики.* По сюжетам рисунков, по цветовой гамме, по выбору художественных материалов, по силе нажима, по четкости линии, по расположению элементов рисунка на листе можно диагностировать определенные особенности пациентов. Также возможно дополнительное использование проективных рисуночных тестов и арт-терапевтических диагностических методик.
3. *Возможность арт-психотерапии.* Одной из целей арт-терапии является помощь клиентам в выражении и высвобождении сильных чувств. Например, высвободить импульсы агрессии можно, рисуя толстыми цветными карандашами, которые не ломаются даже при сильном нажиме, либо работая над специальным заданием, требующим агрессивной энергии (забивание гвоздей в дерево или швыряние глины об доску). Для пациента может оказаться важным безопасное переживание символического разрушения, тогда акцент может быть сделан на разрезании или разрывании бумаги, или нарезании глины ломтиками, но не ради самого процесса, а для создания из частей нового арт-продукта. Возможна и работа над специальной темой гнева или агрессии. Также важными могут оказаться прорабатываемые арт-терапевтическими методами внутри- и межличностные конфликты пациента, работа над особенностями коммуникации пациентов. Возможно также сочетание арт-терапевтических методов с методами когнитивно-поведенческой психотерапии.
4. *Возможность занятости.* Акцент в этом случае на занятости пациентов, на увлечении их интересными занятиями. Здесь применимы и элементы обучения рисованию, изготовлению предметов декоративно-прикладного творчества, которые могут иметь прикладное значение для пациентов в качестве подарков их родным и близким. Это основные, но далеко не все возможности применения арт-терапии, используемые нами в психиатрии.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ

Петрова Н.Н., petrova_nn@mail.ru, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9.

BIO-PSYCHO-SOCIAL PARADIGM OF TREATING DEPRESSION

Petrova N.N., petrova_nn@mail.ru, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Psychiatry and Addiction, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, 199034, Saint-Petersburg, Universitetskayaemb., 7/9.

Введение. В развитии аффективных расстройств признается роль стресса, генетической предрасположенности, ряда биологических факторов, личностно-психологических характеристик. Биопсихосоциальная парадигма депрессии предполагает интегративный подход к лечению и его оценке. **Материал и методы.** Обследовано 45 больных депрессией в возрасте 46 лет, длительность расстройства – 9 лет. Применяли клинико-катamnестический метод, метод клинико-шкальной оценки: клиническая шкала депрессии Гамильтона, опросник для изучения отношения к болезни и лечению, тест Хейма для определения копинг-стратегий, ВАШ для оценки качества жизни. Анализ данных осуществлялся с помощью стандартных методов статистической обработки (программы IBM StatSoftStatistica v.8.0.725, MicrosoftofficeExcel 2007).

Результаты. Микросоциальная адаптация была отмечена в 58% случаев. 72% пациентов работали, из них 84% – по специальности. 48% больных отмечали проблемы профессиональной деятельности в связи с болезнью.

В структуре депрессии чаще встречались гипотимия – 95%, тревога – 90%, ангедония – 81%, астения – 86%, суточные колебания настроения – 74%.

72% больных обратились за медицинской помощью по своей инициативе. 2% пациентов имели негативную установку в отношении психотропных препаратов, 5% пациентов (мужчины) были против психотерапии, 93% высказывали готовность к любому виду терапии, который мог быть эффективным. Выраженная мотивация к лечению имела у 40% больных, которые отличались от пациентов с низкой мотивацией более молодым возрастом. Установлено значимое различие длительности ремиссии у больных, которые получали только психофармакотерапию и пациентов, получавших комбинированное лечение.

Неадаптивные стратегии совладания со стрессом чаще встречались в поведенческой сфере и преобладали в эмоциональной сфере копинга – 53%. В структуре неконструктивного когнитивного копинга доминировала стратегия «растерянность» (23,3%), эмоционального – «покорность» (20%), поведенческого – «отступление» (23,3%). В результате психотерапии увеличилось число конструктивных стратегий в когнитивной и эмоциональной сферах. Качество жизни больных исходно было ниже среднего уровня (4,5 балла при максимальном показателе 10 баллов по ВАШ). В результате успешного лечения депрессии уровень качества жизни повысился до 7,5 баллов по ВАШ, положительная динамика наблюдалась в 87,5% случаев.

Заключение. Комбинированная терапия, включавшая как фармакологическое, так и психотерапевтическое воздействие, способствовала увеличению длительности ремиссии, позволила получить терапевтический ответ во всех наблюдениях, в 81% случаев достичь ремиссии, из них у 50% больных – без резидуальной симптоматики. Степень тяжести рецидива депрессии была больше у пациентов, получавших в прошлом только фармакотерапию. Только у 40% больных депрессией имеется высокая мотивация на лечение. Выраженность мотивации прямо коррелировала с эффективностью комплексного лечения.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ «ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПСИХОТЕРАПИИ)»

Пустотин Ю.Л., upustotin@mail.ru, заведующий отделением «Динамической психиатрии (психотерапии)» Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2.

Чехонадский И.И., главный врач Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2.

Пряникова Е.В., заместитель главного врача по медицинской части врач Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2.

BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH ON THE EXAMPLE OF THE EXPERIENCE OF THE DEPARTMENT OF «DYNAMIC PSYCHIATRY (PSYCHOTHERAPY)»

Pustotin Y., head of department "of Dynamic psychiatry (psychotherapy)" Orenburg regional clinical psychiatric hospital №2.

Chekhonadskikh I., the head physician of the Orenburg regional clinical mental hospital №2.

Pryanikova E., deputy chief medical officer of the Orenburg regional clinical psychiatric hospital №2.

Развитие бригадной форм оказания психиатрической помощи, способствовало открытию в 2000 г. в ОКПБ №2 отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)». Отделение осуществляет стационарную помощь при психотических расстройствах на этапе становления ремиссии; тяжёлых неврозах; расстройствах личности.

Ведущая роль в работе отделения отводится психотерапии которая проводится в индивидуальной и групповых формах. Из вербальных форм проводим группы свободных вербальных, проблемных дискуссий.

Широко в отделении представлены групповые занятия с акцентом на невербальный компонент воздействия.

Такие как арт-терапевтические групповые занятия, где выполненные рисунок, скульптура или поделка выступает в роли «переходного объекта» посредством которого терапевт или группа вступает в контакт с душевнобольным.

Другой вид невербальных занятий – групповая танцевальная терапия, направленная на невербальное выражение эмоциональных состояний. Танец выполняется под классическую музыку. В завершение танца проходит вербальное обсуждение, затрагивающее в основном эмоциональные реакции и ассоциации, которые вызвал танец у членов группы, танцующего.

Дважды в неделю проводится активная музыкальная психотерапия. На музыкальных занятиях используются в основном не требующие предварительных навыков игры ударно-перкуSSIONных инструменты (бонги, тамтамы, тарелки, ксилофоны, колокольчики, кастаньеты). Терапевт помогает выработке навыков коллективного взаимодействия, альтернативных способов реализации переживаний.

В отделении проводится групповая песочная терапия, как один из методов психотерапии, возникший в рамках аналитической психологии. Песочная психотерапия помогает в работе с расстройствами, происходящими из поры раннего детства.

В отделении еженедельно проходят занятия сказкотерапии и куклотерапии. Под руководством психотерапевта участники выбирают или придумывают сценарий, выбирают роли, начинают работу над куклой-марионеткой. После изготовления кукол в группе проходят мини-спектакли.

В психотерапевтическом процессе практикуем динамически ориентированную терапию средой – так называемую милио-терапию. С момента начала проведения милио-терапии в отделении реализованы различные милио-проекты. Одним из постоянных и долгосрочных милио-проектов явилось создание и регулярный выпуск журнала «Диалог».

Достаточно активно, при участии звена социальных работников, используются структурированные варианты досуговых мероприятий при участии в их организации самих пациентов. Достаточно регулярны выезды на экскурсии в городские музеи, культурные центры, ипподром, природные объекты. Проводятся соревнования в различных спортивных дисциплинах – настольный теннис, шахматы, волейбол, футбол.

Поскольку для успеха лечения и формирования долгосрочного эффекта от лечения пациенты при выписке направляются в амбулаторное звено нашей клиники – областной психотерапевтический центр (ОПЦ), где они могут получать помощь как в плане психофармакотерапии, так и посредством участия в различных психотерапевтических группах.

ТАНЦЕВАЛЬНО ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ПСИХОМОТОРИКА ТРЕВОЖНОСТИ)

Рамос В.Л.Э., probiotico@hotmail.com, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; врач-ординатор.

Оганесян Н.Ю., anais_og@rambler.ru, Городская психиатрическая больница №7 (Клиника неврозов им. акад. И.П.Павлова); к.п.н., клинический психолог.

DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY IN NEUROTIC DISORDERS (PSYCHOMOTOR ANXIETY)

Ramos V.L.E., biotico@hotmail.com, St. Petersburg State Pediatric Medical University, resident doctor.

Oganesyanyan N.Y., anais_og@rambler.ru, City Psychiatric Hospital No. 7 (Pavlov Clinic of Neuroses); PhD, clinical psychologist.

Состояние *тревоги*, как и любое другое психическое состояние, находит свое выражение на разных уровнях человеческой организации: 1. на физиологическом уровне – тревога проявляется в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порогов чувствительности, появлении сухости во рту, слабости в ногах и т.д.; 2. на эмоционально-когнитивном уровне – характеризуется переживанием беспомощности, бессилия, незащищенности, амбивалентностью чувств, порождающей затруднения в принятии решений и целеполагании; 3. на поведенческом уровне – бесцельное хождение по помещению, грызение ногтей, качание на стуле, стук пальцами по столу, теребление волос, кручение в руках разных предметов и т.д.

Именно эти три уровня и являются мишенями танцевально двигательной психотерапии при невротических расстройствах вне зависимости от диагнозов пациентов по МКБ 10. Для танцевальных терапевтов интенсивная тревога представляет наибольший интерес, поскольку этот вид тревоги в субъективном опыте человека является «проблемным»

В отличие от тревоги, *тревожность* рассматривается как психическое свойство, индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к переживанию тревоги. Личностная тревожность представляет собой устойчивое образование, проявляющееся в разлитом, хроническом переживании соматического и психического напряжения, к склонности к раздражительности и беспокойству даже по незначительным поводам, в чувстве внутренней скованности, которая может выражаться в телесных напряжениях и нетерпеливости.

Техники танцевально двигательной психотерапии для работы с тревожностью: 1. упражнения для коррекции мышечных зажимов в гимнастической части танцевально терапевтической сессии; 2. работа с уровнями движений и координацией; 3. индивидуальные танцевальные импровизации, направленные на «выплеск» энергии и на расслабление; 4. одномоментное применение в танце быстрых, резких и слабых, медленных движений (контрастные импровизации), направленные на возбуждение и торможение двигательных функций; 5. индивидуальные и групповые танцевальные импровизации, направленные на выражение различных эмоциональных состояний; 6. Релаксация (статическая и динамическая) как метод снятия психомоторного возбуждения.

Танцевально двигательная психотерапия при невротических расстройствах успешно применяемая в Клинике неврозов им. акад. И.П.Павлова доказала свою эффективность при влиянии на симптом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВАЗИЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ДИЗАЙНОВ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ПСИХОТЕРАПИИ

Ревин К.С., kosty.revin@gmail.com, студент 6 курса факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета.

PRACTICE OF APPLICATION QUASI-EXPERIMENTAL DESIGNS IN RESEARCHES OF PSYCHOTHERAPY

Revin K. S., 6th year student, The Faculty of Psychology of the Saint-Petersburg State University.

В свете современных реалий развития науки, доминирования парадигмы доказательной медицины и, в России, существующего в обществе скепсиса в отношении пользы и уместности психотерапевтического лечения репрезентативные и строго научные исследования психотерапии обладают, если не решающей, то определенно важной ролью. Несмотря на усилия ученых и практикующих специалистов из разных стран, вопросы о критериях эффективности, дизайнах исследований, поддающихся уверенной метааналитической систематизации, и поиска баланса между внутренней и внешней валидностью остаются дискуссионными.

В последние годы в западной литературе уделяется все больше внимания возможности применения квазиэкспериментальных дизайнов исследования в психотерапии. К наиболее часто используемым относятся: контроль листа ожидания с перекрестной оценкой (wait-list) и исследование со ступенчатым включением (stepped wedge). Такой подход позволяет избежать этических трудностей, связанных с попаданием пациентов, нуждающихся в лечении, в контрольные группы, приводит к повышению репрезентативности проводимых клинических исследований и сохранению специфики психотерапевтических мероприятий. Также некоторые исследователи отмечают пользу квазиэкспериментальных дизайнов в лонгитюдных исследованиях: повышение однородности получаемых данных, гибкость в конструировании процедуры исследования.

Однако нельзя забывать о трудностях и ограничениях, накладываемых квазиэкспериментами. В первую очередь, это требование особого внимания к построению исследования и оптимальному уровню внутренней валидности. Во-вторых, более глубокий анализ получаемых данных и отсеиванию артефактов. В-третьих, определенные ограничения на интерпретацию полученных результатов.

Применительно к психотерапии, жизнеспособной в большей своей части в естественной среде, квазиэкспериментальные дизайны исследований могут выступать инструментом, позволяющим достичь ясности в вопросах эффективности и в определенной степени решить проблему клинической репрезентативности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Русина Н.А., gusinana@ysmu.ru, доцент, Ярославский государственный медицинский университет, заведующий кафедрой клинической психологии.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF WORKING WITH CANCER PATIENTS

Rusina N.A., assistant professor, Yaroslavl state medical University, Head of the Department of Clinical Psychology.

Факторы риска: эмоциональное состояние, отношения к себе, другим, болезни, лечению, социальный статус – не являются пусковым механизмом, но становятся факторами риска при длительном взаимодействии и в сочетании с влияниями средовых факторов.

Личностные особенности больных. Отсутствие адекватных механизмов совладания. Ослабление психического дискомфорта с помощью механизмов незрелых психологических защит. Инфантильность, ригидность. Высокое самообвинение, внутренняя конфликтность, неадекватность самооценки, социальная дезадаптация, высокий уровень аутоагрессии, эмоциональная нестабильность, отвержение близости с другими. Неспособность выражать чувства. Высокий уровень самоконтроля.

Личностные смыслы. Выбор ценностей, стратегий поведения. Изменение восприятия временных интервалов. Изменение отношения к смерти изменяет отношение к жизни. Трансформация жизненных смыслов, «смыслостроительство».

Выбор психологических, психотерапевтических методов коррекции. Больные проходят разные стадии психологической реакции на болезнь. Выбор психотерапевтических техник должен учитывать особенности личности, стадии развития заболевания и психологические реакции на болезнь.

Общение с больным. «Присоединение» к пациенту. Установление доверительных отношений. Безусловное принятие больного, истинное отношение к нему. Соответствие общения особенностям личности, стадиям развития заболевания.

Общение с родственниками. Болезнь является индикатором адаптивности и сплоченности семьи. Необходимо учить совместному обсуждению проблемы, проявлению истинных чувств, разрушить мнение о том, что родственники должны сохранять внешнее самообладание; объяснить, что пациент может принимать решение за свою жизнь сам.

Психологическая и психотерапевтическая помощь персоналу. Медицинский персонал испытывает постоянный дискомфорт, приводящий к профессиональной деформации, синдрому хронической усталости и эмоционального выгорания, собственным заболеваниям. Обучение персонала методам психологической безопасности, приемам саморегуляции и саногенного мышления, способам психической и энергетической защиты.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И КОНТРОЛЬ ЭМОЦИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Русина Н.А., gusinana@ysmu.ru, доцент, Ярославский государственный медицинский университет, заведующий кафедрой клинической психологии.

PERFECTIONISM AND CONTROL EMOTIONS IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND DIABETES TYPE 2

Rusina N.A., assistant professor, Yaroslavl state medical University, Head of the Department of Clinical Psychology.

Более высокий общий уровень перфекционизма и запрета на выражение чувств у больных диабетом в сравнении с больными ревматоидным артритом. Значимые различия по общему запрету на выражение чувств, печали и радости.

Значимые взаимосвязи по всем шкалам перфекционизма у больных диабетом, что свидетельствует об устойчивой структуре перфекционизма. У больных ревматоидным артритом только поляризованное мышление коррелирует с общим показателем перфекционизма. Можно охарактеризовать больных диабетом как более ригидных в выражении чувств; стремящихся проявлять перфекционизм на всех уровнях жизнедеятельности. Спектр контролируемых эмоций у больных диабетом выше, чем у больных ревматоидным артритом, что означает более сильное волевое управление эмоциями. Наиболее высокие показатели подавления эмоций наблюдаются в проявлении гнева в обеих группах. Результаты могут быть связаны с тем, что больные артритом сдерживают свою боль, испытывая гнев и сдерживают его вместе с болью.

Получен высокий уровень положительной взаимосвязи подавления гнева, радости и страха с высоким уровнем общего запрета на выражение чувств у больных ревматоидным артритом. Можно предположить, что наличие сдерживания хотя бы одного из упомянутых чувств приводит к подавлению всех эмоций. Наиболее высокий уровень значимости проявляется во взаимовлиянии гнева и страха как основных подавляемых эмоций. Возможно, больные ревматоидным артритом из-за наличия боли могут испытывать гнев по причине скованности суставов и невозможности продуктивно выполнять

деятельность, не испытывая при этом дискомфорт. Вслед за гневом больные испытывают страх повторного возникновения болевых ощущений или скованности. Можно говорить о стремлении не проявлять эмоций радости из-за постоянных суставных болей, которые испытывают больные, вследствие чего проявляется общий высокий уровень подавления всех рассмотренных эмоций. Больные диабетом проявляют гнев в большей степени, стремясь к перфекционизму, не достигая при этом желаемых результатов, т.е. имеют высокий уровень притязаний, недостижимый для них.

СПЕКТР ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Савельев Е.В., evs7@mail.ru, аспирант Института мозга человека РАН, Санкт-Петербург.

Федоряка Д.А., psyfed@gmail.com, аспирант Института мозга человека РАН, Санкт-Петербург.

Селиверстова Н.А., seliv_nat@mail.ru научный сотрудник, кандидат психологических наук Института мозга человека РАН, Санкт-Петербург.

Резникова Т.Н., tnreznikova@rambler.ru, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института мозга человека РАН.

RANGE OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISM OF ELDERLY PEOPLE HAVING MILD COGNITIVE IMPAIRMENTS

Savelyev E., evs7@mail.ru, postgraduate of Institute of a Human Brain RAN.

Fedoryaka D., psyfed@gmail.com, postgraduate of Institute of a Human Brain RAN.

Seliverstova N., seliv_nat@mail.ru, Researcher, Candidate of Psychological Sciences of Institute of a Human Brain RAN.

Reznikova T., tnreznikova@rambler.ru, Doctor of Medical Sciences, professor, Leading scientific Research Officer of a Human Brain RAN.

Важной проблемой, которая приобретает в последние десятилетия большое значение, становится старение населения. Во всем мире, а в развитых странах в особенности, наблюдается значительное увеличение количества лиц пожилого возраста. При этом в литературе имеются данные исследований о психологических защитных механизмах (ПЗМ) в различных группах, в том числе здоровых, больных различными заболеваниями и пожилых людей. Однако исследование защитных механизмов пожилых людей с умеренными когнитивными нарушениями (УКН) не проводилось. Между тем, особую важность имеет состояние психического здоровья населения у лиц старшего возраста из-за возросшего количества психических расстройств и когнитивных нарушений в частности, что в свою очередь взаимосвязано с ПЗМ.

Целью данной работы являлось изучение ПЗМ у пожилых лиц с УКН для диагностики, лечения и коррекции. Было обследовано 53 пациента, из которых 13 мужчин и 40 женщин, в возрасте от 60 до 75 лет. Когнитивные нарушения оценивались по шкале MMSE. Для оценки системы ПЗМ использовалась методика «Индекс жизненного стиля». Коррективная проба применялась для исследования произвольного внимания и оценки темпа психомоторной деятельности; непосредственная и оперативная память определялась по данным «Двойного теста». Для исследования депрессии использовался опросник Зунга, тревоги – шкала Тейлор, агрессии – тест Басса-Дарки, страха – «Опросник иерархической структуры актуальных страхов личности». Особенности личности – Миннесотский Многомерный Личностный опросник. В результате исследования в группе пожилых лиц с УКН выявлен суженный спектр ПЗМ. Ведущими защитными механизмами являлись «реактивное образование» и «отрицание». Найдены достоверные корреляционные связи между показателями кратковременной памяти, теста MMSE с «замещением», показателя внимания с «регрессией». Обнаружены корреляционные взаимосвязи между ведущими ПЗМ и показателями тревоги, страха, депрессии и агрессии в исследуемой группе. Выявленные корреляционные связи между напряженностью защит и психологическими показателями раскрывают особенности внутриличностной адаптации у пожилых лиц с УКН. Полученные результаты могут быть использованы для психологической диагностики и коррекции эмоционально-личностных и когнитивных нарушений у лиц пожилого возраста с УКН.

«ТРУДНО БЫТЬ ТРОЛЛЕМ». ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Савкина С. Б., sbsavkina@yandex.ru, аналитический психолог, юнгианский аналитик. Россия, Санкт-Петербург, Частнопрактикующий специалист.

"HARD TO BE A TROLL". FEATURES OF THE PSYCHODYNAMIC PROCESSES IN THERAPY BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Savkina S., analytical psychologist, Jungian analyst. Russia, Saint-Petersburg, sbsavkina@yandex.ru; Private practice specialist.

Аннотация. В докладе отражен опыт психотерапевтической работы с пациентом, имеющим пограничное расстройство психики. Понимание явных и скрытых психодинамических процессов терапии осмыслено через амплификацию (метод аналитической психологии, введенный в практику К.Г. Юнгом) сказки Сельмы Лагерлёф "Подмышш" о маленьком тролле, с опорой на эмпирию и исследования К.Г. Юнга и других признанных авторов психоанализа и аналитической психологии. Рассмотрены феномен примитивной психологической защиты (расщепления), формирующийся при пограничном расстройстве; точки особой уязвимости пациента и терапевта в общей динамике терапевтического процесса. Сделан акцент на том, что при пограничном расстройстве личности наблюдаются сугубо диадические отношения, где фигура отца отсутствует, поэтому потенциал «материнской» проекции должен поддерживаться теневой составляющей. Выявлены основные факторы, способствующие «запуску» процесса индивидуации - возрождения в новом интегрированном психическом качестве.

Содержание основных тезисов:

- Что мы знаем о пограничном расстройстве или «На границе тучи ходят хмуро». Краткий обзор классификаций, диагностирующих пограничное расстройство.
- Пограничный пациент пришел в терапию или «Что нам делать с пьяным матросом?» Описание основных трудностей психоаналитической терапии пациентов с пограничным расстройством
- Тролли – «на лицо ужасные, добрые внутри»? Понимание пограничного искажения архетипического процесса coniunctio, смутных, аффективных, динамических переживаний и смысла защитного расщепления возможно через призму определенного мифологического нарратива. Современная психология, считал Юнг, так или иначе, имеет дело с продуктами бессознательной фантазии - мифологическими и сказочными мотивами, наиболее объективно отражающими динамику психической жизни. «Пользуясь методом мифологической амплификации, мы выбираем те или иные аналогии потому, что их смысловое ядро идентично содержанию исследуемых процессов или в каком-то отношении походит на него. Принимая в качестве данности, что все, когда-либо выраженное человеком в словесной или образной форме, обладает абсолютной психической реальностью, мы можем утверждать, что любая аналогия помогает уточнить, объяснить и подтвердить наше толкование мотивов бессознательных процессов».
- Для амплификации мною выбрана сказка современной писательницы Сельмы Лагерлёф «Подменьш» о маленьком тролле – популярном хтоническом персонаже скандинавского фольклора, олицетворяющем «дурного человека». В данной сказке точно отражен процесс расщепления, вращающийся вокруг смыслового ядра пограничной динамики.
- Какую жертву должна принести «матушка»? В терапии пограничных пациентов психотерапевту приходится стать «расщепленной матерью». «Пограничный» опыт пациента попадает в уязвимые области внутреннего мира терапевта и начал резонировать в виде невербальных фантазий, аффектов, действий. «Терапевт может бессознательно вбирать в себя отвергаемые пациентом компоненты идентичности последнего, не подвергнув их специальному анализу или собственной аффективной модуляции».
- Отец, которого нет. По мысли Холлиса Д., психологически либидо мужчины из-за неполной активизации образа отца теряет, возможно, больше по сравнению с воздействием материнского комплекса энергии. Отец ребенка должен обязательно стать третьей вершиной детско-родительского треугольника. Но динамика пограничного процесса жестко ограничена диадными отношениями. Если же отец психологически или фактически отсутствует, энергия материнского комплекса остается неуравновешенной, диадическая связь матери с сыном становится слишком сильной и опасной, у ребенка формируются пожизненные искажения, вызванные дефицитом психической энергии, поэтому у него не хватает сил вырваться из «цепких объятий материнского комплекса».
- Несчастный подменьш. В результате защитного маневра, формирующегося при пограничном расстройстве, мы наблюдаем ребенка, синхронно существующего в двух мирах, в двух противоположных ипостасях, с двумя полярными матерями. Спрятанный в лесу в окружении примитивных созданий, ребенок остается пленником темноты. Пережив покинутость, насилие, ужас, брошенность, он борется за выживание. Там, во мраке, без солнечного света (ясного сознания) он затопляется примитивным архетипическим аффектом – внутренне убеждает себя, что на самом деле он плох, проклятое, испорченное существо. Окружающие видят только дикого злобного тролля. Ребенок захвачен доминирующей негативной матерью (комплексом) и отвержен отцом (комплексом). Он вынужден стать как бы троллем – кривляться, пугать, делать больно, воплощая отрицательный аспект архетипического трикстера, отщепленного из Самости в самом раннем младенчестве и агрессивно атакующего слабое эго.
- Может ли тролль стать человеком? Возможности терапии, преодолевающей проекции первобытной психики и раскрывающий потенциал для восстановления пограничного пациента в новом интегрированном качестве.
- Трудно быть троллем. Базовый запрос пограничного пациента-тролля, который имплицитно содержится во всех посланиях к терапевту

"Hard to be a Troll." Features of the psychodynamic processes in therapy borderline personality disorder

Svetlana Savkina, analytical psychologist, Jungian analyst. Russia, Saint-Petersburg, sbsavkina@yandex.ru; Private practice specialist.

The report reflects the experience of psychotherapeutic work with the patient with borderline disorder. Understanding of explicit and implicit psychodynamic processes in therapy is meaningful through amplification (the method of analytical psychology, introduced by C. G. Jung) tales of Selma Lagerlöf "the Changeling" about a little Troll, on the basis of empirical data and researches of C. G. Jung and other recognized authors of psychoanalysis and analytical psychology.

A phenomenon of primitive psychological defenses (splitting), emerging in borderline disorder; point to the particular vulnerability of patient and therapist in the General dynamics of the therapeutic process. The emphasis on the fact that in borderline personality disorder are observed purely dyadic relationship, where the father figure is missing, so the potential "parent" projection must be supported by the shadow component. The main factors contributing to "launch" the process of individuation – rebirth in a new integrated mental quality.

The contents of the main points:

- What do we know about the border disorder or «On the border of clouds go sullenly». A brief overview of classifications, diagnosing borderline disorder
- Border patient came into therapy or «What shall we do with a drunken sailor?» A description of the main difficulties of the psychoanalytic treatment of patients with borderline disorder
- Trolls – «face terrible, good inside»? Understanding the edge distortion of the archetypal process of the coniunctio, vague, affective, dynamic experience and meaning of protective splitting is possible through the prism of a particular mythological narrative. Modern psychology, believed Jung, one way or another, dealing with the products of unconscious fantasy – mythological and fairy tale motifs, the most objectively reflecting the dynamics of psychic life. "Using the method of mythological amplification, we select

certain analogy because their semantic nucleus are identical to the contents of the processes under consideration or in some respect like him. Taking as granted that everything ever expressed by man in verbal or pictorial form, has absolute mental reality, we can say that any analogy helps to clarify, explain and confirm our interpretation of the motives of unconscious processes".

- For amplification I have chosen the tale of a modern writer Selma Lagerlöf "the Changeling" about a little Troll – popular chthonic character of Scandinavian folklore, embodying the "bad man". In this tale accurately reflect the process of splitting, rotating around the conceptual core of border dynamics.
- What kind of sacrifice should bring «mother»? In therapy, borderline patients, the therapist have to be "split mother". "Borderline" patient experience falls in the vulnerable region of the inner world of therapist and began to resonate in the form of non-verbal fantasies, affects, and actions. "The therapist may unconsciously absorb rejected by the patient components of the identity of the latter, not subjecting them to special scrutiny or own affective modulation".
- The father, which is not. Thought Hollis D., psychologically, the man's libido due to incomplete activation of the image of the father's missing, maybe more in comparison with the impact of the parent complex energy. The father of the child must be the third vertex of parent-child triangle. But the dynamics of the boundary process is severely limited dyadic relationship. If the father psychologically or actually absent, the energy of the parent complex remains unstable dyadic relationship between mother and son becomes too strong and dangerous, the child forms a lifelong distortion caused by the deficiency of mental energy, so he didn't have the strength to break out of the "tenacious grip of the mother complex."
- The unfortunate Changeling The result is a protective maneuver, formed by the edge disorder, we observe the child, simultaneously existing in two worlds, in two opposite roles, with two polar mothers. Hidden in the forest surrounded by primitive creatures, the child remains a prisoner of the dark. After experiencing abandonment issues, violence, terror, abandonment, he is fighting for survival. There, in the darkness, without sunlight (clear consciousness), he flooded the primitive archetypal affect – internally convinces himself that he's actually bad, cursed, spoiled creature. People only see the wild evil Troll. The child captured the dominant negative mother (complex) and rejected by the father (complex). He is forced to become a Troll to grimace, to frighten, to hurt, embodying the negative aspect of the archetypal trickster, split off from the Self in early infancy and the aggressive attacking of a weak ego.
- Can a Troll become a man? Possible therapy to overcome the projection of the primitive psyche and reveal the potential for recovery borderline patient in a new integrated quality.
- It's hard to be a Troll The underlying query of the border of the patient-Troll, which implicitly contains all messages to the therapist

ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Садальская Е.В. (dr.espsy@mail.ru) кандидат медицинских наук

Малахова Н.В. (nvmalahova@mail.ru) кандидат философских наук

Рабочая группа имажинативной психодинамической психотерапии, г. Москва

IMAGINATIVE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Sadalskaya E., Malachova N., Moscow, Russia

Пациенты с психосоматическими расстройствами представляют собой одну из наиболее сложных категорий пациентов в классической психоаналитической психотерапии в силу ранних нарушений развития психики (так называемые довербальные нарушения). Одним из направлений психодинамической терапии, позволяющих эффективно работать с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами, является имажинативная психодинамическая психотерапия (ИПП). Специфическим для этого направления является использование в терапевтическом процессе работы с имажинациями (образными фантазиями) пациентов, которые открывают доступ к невербальному материалу пациента. Образные фантазии возникают в ходе терапевтической сессии обычно в ситуациях, когда пациент становится неспособен к вербальным ассоциациям, и развиваются благодаря специальной технике сопровождения. В образных представлениях в символической форме представлены бессознательные фантазии, влечения, желания, конфликты и механизмы защиты пациента и паттерны его объектных отношений (прежде всего центральный бессознательный конфликт отношений). В ведении психосоматических пациентов ИПП опирается на современные психоаналитические концепции психосоматических расстройств, в том числе работы французской психосоматической школы. Благодаря использованию образных представлений в рамках терапевтических отношений, ИПП способствует глубокой контролируемой регрессии пациенту создает безопасное переходное пространство, в котором осуществляется взаимодействие психотерапевта и пациента, усиливает мотивацию пациента к терапии на начальном этапе. Применение образных представлений позволяет эффективно развивать воображение пациентов, способность к символизации, вербализации архаичных фантазий и аффектов. В процессе ИПП у пациентов увеличивается сновидческая активность, изменяется характер сновидений. Все эти факторы являются эффективными в психоаналитической психотерапии психосоматических пациентов. Таким образом, ИПП позволяет расширить спектр пациентов, доступных для психоаналитической психотерапии, включив туда пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Сайдалиходжаева Д.Г., Рахмонова М., a9262938@icloud.com, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии.

AFFECTIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN

Saydalihodjaeva D.G., Rahmonova M., Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, the Department of Psychiatry,

Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.

Актуальность: аффективные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности (Филиппова Г.Г., 1999; Василенко Т.Д., 2011), оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины (Pajulo M., 2001) **Цель исследования:** изучить аффективные расстройства у здоровых женщин в период беременности для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту. **Материалы и методы исследования:** обследовано 36 беременных женщин с аффективными расстройствами с применением Госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии.

Результаты: в ходе исследования выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 80% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 5% обследуемых субклинически выраженная тревога и у 40% пациенток – констатировалась выраженная тревога. У беременных женщин на протяжении первого и второго триместра беременности 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.

Вывод: таким образом, 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 послеродовой период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАМКАХ МОДЕЛИ КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Салитова М.В., m.salitova@gmail.com, старший преподаватель кафедры психологии личности Санкт-Петербургского государственного университета.

Сивуда О.А., sivuda@list.ru, ассистент кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения Санкт-Петербургского государственного университета.

EXPERIENCE OF TRAINING STUDENTS IN THE CO-COUNSELING MODEL

Salitova M.V., Senior Lecturer, department of Personality Psychology. Saint Petersburg State University.

Sivuda O.A., Lecturer at the department of psychology of health and deviant behavior. Saint Petersburg State University.

Существуют множество подходов к обучению психологическому консультированию, разные психологические школы предлагают свои модели обучения, каждая из которых несет в себе специфику той парадигмы, в русле которой она реализуется. Формат ко-консультирования потенциал обучения такой форме консультирования как за рубежом, так и в нашей стране не достаточно изучен. Ряд зарубежных исследований (P.Clark, J.Hinton, A. Grames) подчеркивают полезность ко-консультирования в качестве учебной модели. Однако, исследования посвященные описанию и оценке эффективности данной модели обучения, практически отсутствуют. В связи с чем представляется важным описать модель ко-консультирования, которая применяется при обучении ко-консультантов на базе Службы психологической помощи СПбГУ. В рамках «Службы психологической помощи» процесс обучения является пролонгированным и проходит последовательные стадии: обучение в тьютерской группе – прохождение полугодовой практики в качестве ко-консультанта со специалистами центра.

Для максимально эффективного решения основных задач все встречи разделены на два формата работы с участниками. Первый этап, это классическое консультирование в «четверках» участниками друг друга. Второй формат ориентирован на отработку навыков ко-консультирования. В данном случае встречи проходят все группой совместно с ведущими, двое участников становятся ко-консультантами, один «клиентом», остальные участники группы и ведущие – наблюдатели. В отличие от работы в «четверках», когда проводится анализ пройденной сессии акцент делается в большей степени не на самом процессе консультирования, а на том, как был построен процесс ко-консультирования. А именно, как строилось взаимодействие консультантов друг с другом и с клиентом, насколько их совместная работа помогала или мешала процессу консультирования, как устанавливался контакт и т.д. Поскольку за время проведения всего курса все участники проходят процедуру ко-консультирования, у всех есть возможность понаблюдать разные модели совместной работы, отметить для себя ее преимущества, отследить свои эмоциональные состояния, которые возникают в процессе взаимодействия с «коллегой» (страхи, раздражение, благодарность, поддержку и т.д.).

На наш взгляд, уникальный опыт, который обучающиеся получают в процессе прохождения тьютерской группы, позволяет им осознать и все достоинства использования формата ко-консультирования, и все сложности ведения психологической консультации в паре.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ

Сарайкин Д. М., saraikindm@yandex.ru, младший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

METHODOLOGICAL PROBLEMS OF MOTIVATIONAL SPHERE RESEARCH

Saraykin D., junior researcher, W.M. Bekhterev National Medical Centre of psychiatry and neurology.

Существует комплекс методологических, методическо-технологических проблем конструирования и использования психодиагностических средств исследования мотивационной сферы. Методики исследуют какой-либо конкретный тип мотива, в то время как их огромное множество. Система мотивов имеет иерархическое строение, а ввиду имеющихся индивидуальных различий возможны и разные иерархии, что недостаточно учитывается при конструировании методик. Поведение человека в определенный момент времени мотивируется лишь некоторыми мотивами, которые актуализируются в связи с имеющимися ситуационными условиями, следовательно, возникает сложная проблема выделения ситуационных условий, приводящих к такой актуализации мотивов во время психодиагностики. Кроме того, существует и затруднение в

создании таких условий, которые бы приводили к актуализации определенных мотивов, интересующих исследователя. Кроме того, исследователь зачастую сталкивается с проблемой выделения в потоке поведения человека частей действия, связанных с той или иной мотивацией, т.е. с проблемой динамики мотивации. Существует проблема конфликта между определенными целями. В контексте решения задач психологической диагностики вытекает необходимость создания такого стимульного материала, который позволял бы зарегистрировать наличие мотивационных конфликтов. В случае, когда речь идет о диагностике именно нарушений мотивационной сферы, мы неизбежно сталкиваемся с традиционной для психологической науки проблемой нормы и патологии. Многие методики предлагают лишь количественное измерение какой-либо характеристики мотивации, тогда как медицинская психология ориентирована на получение описательного, качественного материала. Можно предположить, что наиболее успешным вариантом решения имеющихся проблем будет являться разработка клинико-психологических шкал, направленных на качественное изучение состояния тех отдельных характеристик мотивации, которые являются общими для всего разнообразия психологических подходов, например, специфики опосредования, опредмечивания, аффективной обусловленности мотивации и т.д.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ЛОГИКА РАЗВИТИЯ И ВОПРОС О МЕХАНИЗМАХ ИЗМЕНЕНИЯ

Семенова Н.Д., niyami2020@gmail.com, ведущий научный сотрудник, кандидат психологических наук, Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA: THE LOGIC OF DEVELOPMENT AND MECHANISMS OF CHANGE

Semenova N.D., PhD in clinical psychology, Moscow Research Institute of Psychiatry – subsidiary The Serbsky Federal Research Center for Psychiatry and Narcology.

Организационная эволюция системы психиатрической помощи (Незновов, Макаров 2005) влечет за собой изменения и в психосоциальной терапии шизофрении (Гурович 2014).

Теоретический анализ состояния проблемы психосоциальных вмешательств при шизофрении, анализ и систематизация имеющихся эмпирических исследований, а также направлений, форм и методов работы, – позволяет сделать ряд выводов (Семенова 2010). Одним из них является утверждение о том, что линия психосоциальных вмешательств (в ее психотерапевтической составляющей) во многом повторяет историю и логику развития исследований в психотерапии. Так, в зависимости от основных вопросов, что ставились исследователями во главу угла, эту линию можно представить следующим образом. *Фаза легитимации*, как ответ на вопрос: Эффективна ли психотерапия при шизофрении? *Фаза соревнования*, как ответ на вопрос: Какая из существующих форм психосоциальной терапии эффективнее? Речь идет о сравнении форм и методов психосоциальных вмешательств при шизофрении в разных ее модальностях – от поддержки и тренинга социальных навыков – до метакогнитивных тренингов. *Фаза предписания*, как ответ на вопрос: Какая из форм психосоциальной терапии для каких категорий пациентов и для решения каких проблем пациентов предназначается? Речь идет о призыве осуществлять более фокусированные вмешательства для тех или иных групп пациентов с шизофренией (напр., больных на начальном этапе болезни, больных-хроников с частыми госпитализациями и т.п.). *Фаза исследования процесса*, как ответ на вопрос: Как собственно «работает» психосоциальная терапия при шизофрении?

Последнее, а именно вопрос о механизмах изменения в психосоциальной терапии шизофрении, представляет особый интерес, тем более, если это сопровождается интенцией внедрить исследовательские находки в практику, модифицировать уже существующие или создать новые психотерапевтические процедуры. Так называемые «эмпирически валидизированные методы лечения», не выходящие за рамки *фазы предписания*, в определенном смысле сдерживают такое движение вперед. Вслед за Grawe (1997), следует поставить вопрос об информированной исследованиями психосоциальной терапии шизофрении, что даст возможность двигаться вперед, к унифицированной, эмпирически обоснованной модели психосоциальной терапии, вбирающей в себя все известные на данный момент терапевтические возможности.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ: ГЕНДЕРНО-СЕНЗИТИВНЫЙ ПОДХОД

Семенова Н.Д., niyami2020@gmail.com, ведущий научный сотрудник, кандидат психологических наук, Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

PSYCHOSOCIAL THERAPY IN SCHIZOPHRENIA: GENDER SENSITIVE APPROACH

Semenova N.D., PhD in clinical psychology, Moscow Research Institute of Psychiatry – subsidiary The Serbsky Federal Research Center for Psychiatry and Narcology.

В рамках настоящего сообщения раскрывается специфика гендерно-сензитивного подхода применительно к психосоциальной терапии шизофрении. Освещается один из аспектов широкой сферы кризисных жизненных событий, а именно: психическое заболевание (шизофрения), по своей психологической сущности являющееся критической жизненной ситуацией, кризисом, вынуждающим женщину искать новые способы существования, мобилизовать психические и физические ресурсы для преодоления кризиса. Приводятся исследования, посвященные данной проблеме (Haefner et al. 1998, Myin-Germeys et al. 2001, Riecher-Roessler A. et al. 2009, Gonzalez-Rodriguez et al. 2014, Myin-Germeys et al. 2015, Riecher-Roessler A. 2016), и указывается на важность гендерно-сензитивного подхода, предполагающего чувствительность к гендерным различиям в восприятии симптомов, концепции болезни, копинг-поведении, поведении в болезни, поведении в плане поиска помощи. Привлекается и более широкий контекст: освоенные женщиной на момент начала болезни социальные роли, ее социальный статус, наличествующий социальный стресс и имеющиеся в распоряжении женщины

ресурсы социальной поддержки. Подчеркивается, что гендерные различия (продемонстрированные на примере шизофрении) – суть заслуживающая внимания парадигма исследований взаимодействия биологических и психосоциальных факторов.

ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ СИМБИОТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ У МАТЕРЕЙ И ЖЕН ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Сивак А.А., sito89@mail.ru, медицинский психолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская наркологическая больница».

EXPERIENCE IN THE STUDY OF SYMBIOTIC RELATIONSHIPS IN MOTHERS AND WIVES OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM

Sivak A.A.

Проблема изменения границ «Я» у родственников больных с аддиктивной патологией является важной и актуальной. Длительное время этот вопрос исследовался только на основании наблюдения. В настоящее время разработаны специализированные анкеты, которые позволяют получить количественные характеристики, отражающие функционирование границ «Я».

Нами была предпринята попытка систематического исследования функционирования межличностных границ в группах матерей и жен пациентов больных алкоголизмом.

В качестве инструмента исследования работы границ «Я» была использована анкета «Межличностная дистанция» (Шишкова А.М., Бочаров В.В., 2018), включающая возможность определения таких параметров как страх сепарации, интервенция-вторжение, жертвенность, симбиотическое слияние. Кроме того в работе применялись: SCL-90-R, ШСО (адаптация С.Ю. Куприянов), и специализированная карта, включающая релевантную информацию о родственнике и пациенте.

В качестве объекта исследования выступили – 18 матерей (средний возраст 62,61, ± 5,982), и 19 жен (средний возраст 42,68, ± 12,824) пациентов с алкогольной зависимостью.

Сопоставление групп матерей и жен аддиктов показало отсутствие различий в построении внешних границ «Я» по всем параметрам анкеты «Межличностная дистанция». По результатам корреляционного анализа (Спирмен) обнаружилось значимые корреляции между показателями анкеты и шкалами ШСО, в тоже время достоверных корреляций анкеты с показателями SCL-90 не выявлено. Таким образом, представленные результаты позволяют говорить о принципиальном сходстве показателей межличностной дистанции у родственников пациентов больных алкоголизмом, занимающих различные семейные позиции (матери и жены).

Выраженность и характер симбиотических отношений прямым отражением, которых является структура и величина межличностной дистанции, как у матерей, так и у жен пациентов страдающих алкоголизмом, обнаруживает связь с особенностями восприятия семейной ситуации и фактически не зависят от выраженности субъективно фиксируемой психопатологической симптоматики.

ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Смирнова С.В., smirnova2001@mail.ru, кандидат психологических наук, доцент Амурского государственного университета, преподаватель Международной Академии Позитивной Психотерапии (Висбаден, Германия), Руководитель Амурского регионального отделения и супервизор Российской психотерапевтической ассоциации.

POSITIVE PSYCHOTHERAPY AS A TOOL FOR PROFESSIONAL AND PERSONAL DEVELOPMENT OF SPECIALISTS IN THE FIELD OF HELPING PROFESSIONS

Smirnova S.V., smirnova2001@mail.ru, Ph. D. in psychology, associate Professor of Amur state University, lecturer of the international Academy of Positive Psychotherapy (Wiesbaden, Germany), Head of the Amur regional Department and supervisor of the Russian psychotherapeutic Association.

В Амурском государственном университете реализуются образовательные программы специалитета «Клиническая психология» и направлений бакалавриата: «Психология», «Психолого-педагогическое образование». Согласно действующему нормативному законодательству, образование бакалавров и специалистов построено на основании ФГОС высшего образования. Вариативность задач предопределяет необходимость многообразия профессиональных умений и навыков.

В течении 10 лет на базе университета реализуется курс позитивной и транскультуральной психотерапии. По его окончании выдается сертификат базового консультанта Международной академии позитивной психотерапии (Германия). В настоящее время данный курс реализуется в рамках ООП Клиническая психология.

Образовательная программа по позитивной психотерапии проводится Международной Академией Позитивной Психотерапии (IAPP, Висбаден, Германия, <http://positum.org/>), которая является официально аккредитованным тренинговым институтом Европейской Ассоциации Психотерапии (EAP, Вена, Австрия, www.europsyche.org) при поддержке Всемирной Ассоциацией Позитивной Психотерапии (WAPP) и в соответствии с международными стандартами профессионального образования. Подготовка предусматривает: приобретение личного опыта в психотерапевтической работе; овладение теорией и практическими техниками позитивной психотерапии при обязательном участии тренеров, сертифицированных Международной Академией Позитивной Психотерапии (IAPP, Висбаден, Германия).

Позитивная психотерапия входит в десятку основных методов, рекомендованных к применению, распространена более чем в 70 странах. Подобный успех связан с тем, что метод дает целостный взгляд на человека, в котором не дефекты, а способности определяют его сущность. Такой подход к личности воодушевляет человека на более активное и творческое

отношение к жизни, дает ресурсы для борьбы с возникающими трудностями. Благодаря вниманию к 4-ем основным сферам жизни: тела, работы, контактов, смысла – человек получает возможность гармонично развиваться и испытывать радость от полноты жизни, успешно диагностировать и решать возникающие конфликты.

С целью консолидации психологического и психотерапевтического сообщества на базе университета создано региональное отделение Российской Психотерапевтической Ассоциации. Ранняя интеграция студентов в профессиональную среду, способствует профессиональному и личностному развитию, развивая внутреннюю мотивацию к овладению профессией.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Соснина В. Г., Сарайкин Д.М., Липатова Л.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SEXUALITY IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Sosnina V.G., Saraykin D.M., Lipatova L.V.

Federal State Budget Institution "National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of Ministry of Health of the Russian Federation .

Расстройства сексуальной функции у больных эпилепсией (БЭ) встречаются чаще, чем в общей популяции. В основе этих нарушений лежит целый ряд факторов: этиология эпилепсии, частота припадков, социальная изоляция и стигматизация, низкая самооценка, высокая встречаемость депрессии у БЭ. Психологические механизмы также могут нарушать сексуальную функцию БЭ (Тооне В. et al., 1983; Morrell M.J., Guldner G.T. , 1993; Gil-Nagel A. et al., 2005).

Цель: изучить особенности сексуальности как одной из центральных и стержневых «Я-функций» у БЭ.

Методы: клиническое интервью, Я-структурный тест Г. Аммона (Ich-Struktur-Test nach Ammon- ISTA, 1997),

модифицированный Ю.Я. Тупицыным и В.В. Бочаровым (1998); статистический метод (U-критерий Манна-Уитни).

Выборку составили 102 человека: 52 БЭ (27 мужчин и 25 женщин), и 50 – условно здоровых респондентов (ЗР): 25 женщин и 25 мужчин в возрасте от 19 до 45 лет.

Результат: Между БЭ и ЗР обнаружилось статистически значимые различия по таким показателям, как: *конструктивная сексуальность* ($U = 949, p < 0,05$), *деструктивная сексуальность* ($U = 976, p < 0,05$) и *дефицитная сексуальность* ($U = 794, p < 0,05$). Полученные данные говорят о том, что ЗР более открыты в вопросах секса, позитивнее относятся к сексуальной сфере, получают более интенсивное удовольствие от сексуальных контактов, для них более свойственно стремление к новизне, смелость и свобода в отношении сексуальных фантазий, более широкий диапазон приемлемости. В то время как БЭ свойственна более низкая сексуальная активность, бедность эротического фантазирования, отвращение ко многим сексуальным действиям. Это может приводить к отсутствию сексуального желания и возбуждения, неспособности достижения оргастической разрядки, холодности к партнеру, отношению к сексуальной жизни исключительно как к обязанности и репродуктивному процессу, игнорируя гедонистический аспект сексуальности у БЭ.

Что касается гендерных особенностей сексуальности БЭ, можно отметить, что между мужчинами и женщинами обнаружилось статистически значимые различия по таким показателям, как: *конструктивная сексуальность* ($U = 215, p < 0,05$) и *дефицитная сексуальность* ($U = 178, p < 0,05$), что указывает на большее неблагополучие сексуальной сферы у женщин.

Вывод: Таким образом, можно отметить, что БЭ свойственна меньшая конструктивность такой стержневой функции, как сексуальность, и при этом отмечается более выраженная дефицитность данной функции в сравнении с контрольной группой (особенно у женщин, страдающих эпилепсией).

СТИЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

Ташлыков В.А., vtashlycov@mail.ru, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и ревматологии имени Э.Э. Эйхвальда Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова.

THE STYLES OF BEHAVIOR OF THE PSYCHOTHERAPIST IN THE PERSONALITY – ORIENTED (RECONSTRUCTIVE) PSYCHOTHERAPY)

Tashlykov V. A., Dr. Med. Sei., Prof. of the North –Western State Medical University named after I.I.Mechnikov.

Психотерапевтический контакт «психотерапевт-пациент» является основным лечебным фактором в индивидуальной личностно- ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Именно поэтому технические приемы в данном методе ограничены лишь необходимым набором инструментов вмешательства в процессе психотерапии. Формирование доверия, сотрудничества и преодоление явного или скрытого сопротивления со стороны пациента являются ключевыми мишенями поведения психотерапии.

Стили поведения психотерапевта во многом связаны, с одной стороны, с теоретическими позициями и практикой этого метода психотерапии, с другой – характеристиками личности психотерапевта. Основными положениями относительно психотерапевтического контакта в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются формирование сотрудничества с пациентом, развитие доверительных отношений в условиях эмпатической коммуникации. Что касается личностных качеств психотерапевта, то речь здесь идет о таких параметрах его гибкого поведения как директивность/недирективность, демонстрация заботы и внимания/демонстрация уверенности и внутренней силы, четкое планирование/следование интуиции.

Исходя из этих полярных характеристик, можно выделить два наиболее часто встречаемых стиля поведения психотерапевта: в одном ключевым содержанием является структурированность, в другом – преобладание интуитивного подхода. Структурированный стиль характеризует последовательное использование психотерапевтом директивности и

недирективности, планирование стратегии и тактики встреч с пациентом, проявление внутренней силы и готовности решать проблемы. Интуитивный стиль отражает недирективность, проявление понимания, сочувствия и заботы, учет готовности пациента к желаемой перемене в позициях. Промежуточный стиль поведения психотерапевта совмещает черты описанных выше стилей. При каждом из этих стилей имеются различные тактики преодоления психотерапевтом пассивности или противодействия желаемым переменам со стороны пациента.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ-СУИЦИДЕНТОВ В МЕГАПОЛИСЕ

Твердохлебова А.М., a-tverd1@mail.ru, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, младший научный сотрудник.

Смирнова Т.Г., Санкт-Петербургский Государственный Университет, старший преподаватель.

CLINICAL- PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SUICIDANT TEEN-AGERS IN MEGAPOLISES

Tverdochlebova A., Smirnova T.

Суицид является одной из самых распространённых причин гибели молодых людей. Кризисный характер возраста и специфика социальной ситуации делает анализ данного явления значимым вопросом психопрофилактики.

В рамках данной работы были проанализированы материалы доследственных проверок следственного комитета России в Санкт-Петербурге по фактам попыток суицида несовершеннолетними и выделены 11 дел с летальным исходом. Средний возраст подростков – 16 лет, причём 6 из 11 человек были старше 17; всего 4 юноши и 7 девушек. Наиболее распространённый способ ухода из жизни – падение с высоты (9 случаев), второй – повешение (2 случая). Это так называемые «жесткие» формы суицида, приводящие к смерти с большой степенью вероятности. По крайней мере двое погибших наблюдались у психиатра, трое уже имели опыт неудачной суицидальной попытки.

В тех случаях, когда возможно определить мотив, наиболее распространённым был протест, связанный с неудачей в романтических отношениях. Связь с этой сферой прослеживалась в 3 случаях для юношей и только в 1 для девушек. В 4 случаях опрошенными друзьями и родственниками упоминалась замкнутость, не склонность обсуждать свои переживания, в связи с чем возникали трудности идентификацией пресуицидального состояния и раскрытием причин поступка. В 5 случаях имели место записки или прощальные сообщения.

Около половины всех подростков учились в заведениях среднего профессионального образования, столько же – в обычных школах, один фактически нигде не учился на момент совершения суицида. Друзья с похожими сложностями были у по крайней мере двух человек. У 10 из 11 подростков имелся хотя бы один друг. В 6 из 11 случаев подростки имели полные семьи, однако следы семейного неблагополучия прослеживаются по крайней мере в 4 случаях (относительно ещё 3 невозможно сделать вывод).

Никто из подростков не состоял в группах смерти, однако четверо из них вели активную переписку в социальных сетях в предшествующий суициду период, а двое отправили посмертные сообщения с их помощью.

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Трусова А.В., anna.v.trusova@gmail.com, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева».

Климанова С.Г., младший научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», аспирант, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

Березина А.А., аспирант, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

Гвоздецкий А.Н., аспирант, медицинский факультет, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».

THE USE OF TIME PERSPECTIVE IN PSYCHOTHERAPY WITH PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER

Trusova A.V., Ph.D., Associate Professor, Department of Psychology, Division of Medical Psychology and Psychophysiology, St.Petersburg State University; Research Fellow, Department of Addictions, Bekhterev Research Psychoneurological Institute, e-mail: anna.v.trusova@gmail.com

Klimanova S.G., Clinical psychologist, junior researcher, department of treatment of alcohol use disorders, St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute, PhD student, Department of psychology, St. Petersburg State University.

Berezina A.A., PhD student, Department of psychology, St. Petersburg State University.

Gvozdetzky A.N., PhD student, Department of Medicine, St. Petersburg State University.

Введение. Психологическое время личности формируется в процессе субъективной реконструкции прошлых событий, предвосхищении будущего, репрезентации настоящего и является значимой детерминантой способности к самосознанию, регуляции эмоций и поведения, мотивации, принятия решений, что представляет особый интерес в сфере психологической помощи пациентам с различными видами зависимости. В изучении этого феномена наиболее часто используемым понятием является «Временная перспектива» [личности] (ВП). Когнитивная регуляция эмоций позволяет человеку с помощью когнитивных усилий удерживать контроль над своим эмоциональным состоянием, в т.ч. под воздействием регулярных повседневных стрессоров. Для решения практических задач при проведении когнитивно-поведенческой психотерапии больных алкоголизмом важно изучение взаимосвязи ВП и характеристик индивидуального стиля когнитивной регуляции эмоций. **Цель исследования** – изучить взаимосвязь временной перспективы личности и характеристик когнитивной регуляции эмоций у пациентов с зависимостью от алкоголя. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 88 пациентов (66 мужчин, 75%), средний возраст 42.0±8.6 лет (M±SD), с диагнозом «Синдром зависимости от

алкоголя» (F10.2), средняя продолжительность заболевания 10.9 ± 7.4 лет. Использовались шкала временной перспективы Ф. Зимбардо (ZTPI), опросник когнитивной регуляции эмоций (CERQ). Статистический метод – коэффициент корреляции Пирсона. **Результаты.** Показатели по шкале «Негативное прошлое» положительно связаны с показателями шкал «Принятие» ($r=0.245$, $p=0.022$) и «Перефокусировка на планирование» ($r=0.215$, $p=0.045$); «Гедонистическое настоящее» положительно связано с показателями по шкале «Принятие» ($r=0.231$, $p=0.031$) и «Перефокусировка на планирование» ($r=0.217$, $p=0.043$). «Будущее» положительно связано с показателями по шкале «Самообвинение» ($r=0.272$, $p=0.011$), «Принятие» ($r=0.296$, $p=0.005$), «Положительная перефокусировка» ($r=0.213$, $p=0.047$), «Позитивный пересмотр» ($r=0.264$, $p=0.013$). **Заключение.** По данным литературы высокие показатели «Гедонистического настоящего» и «Негативного прошлого» ассоциируются с риском формирования зависимости, в т.ч. от алкоголя. По результатам нашего исследования эти показатели обнаруживают взаимосвязи с одинаковыми стратегиями когнитивной регуляции эмоций, что может быть эффективно использовано в психологическом сопровождении пациентов с алкогольной зависимостью. Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ (ОГОН) в рамках научного проекта № 16-06-01043.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Федоряка Д.А., psyfed@gmail.com, аспирант, Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук

Резникова Т.Н., tnreznikova@rambler.ru, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук.

Селиверстова Н.А., кандидат психологических наук, научный сотрудник Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук.

FEATURES OF THE EMOTIONAL DISORDERS OF PATIENTS WITH PANIC ATTACKS

Fedoryaka D.A., PhD Student, N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: psyfed@gmail.com

Reznikova T.N., Dr. Med. Sci. Prof., Leading Research Associate, N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: tnreznikova@rambler.ru

Seliverstova N.A., PhD Psychol. Sci., Research Associate, N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: seliv_nat@mail.ru

Эмоционально-личностные нарушения являются неотъемлемой составляющей нервно-психических расстройств. Особую актуальность изучение таких нарушений приобретает в случаях заболеваний, при которых патология эмоциональной сферы играет ведущую роль. К таким расстройствам относятся панические атаки. Эта проблема является чрезвычайно актуальной, поскольку при данном заболевании страдают преимущественно лица молодого возраста, а страх и тревога, являющиеся основными симптомами, дезорганизуют поведение, снижают социальную активность, деструктивно влияют на личность больного. Целью настоящего исследования являлось изучение эмоционально-личностных нарушений в структуре внутренней картины болезни у больных паническими атаками в связи с задачами лечения, профилактики и реабилитации. Было обследовано 58 больных ПА (25 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 17 до 64 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 20 лет, и диагнозом «Паническое расстройство» (F 41.0), удовлетворяющим критериям МКБ-10. Со всеми больными проводился подробный опрос по специально разработанной программе для выяснения клинико-anamnestических данных.

Общие показатели страхов (по ИСАС) оказались значительно завышены как в женской, так и в мужской группах. Полученные результаты исследования, говорят не только о высокой, но и неоднородной тревожности больных ПА, проявляющейся преимущественно на сознательном уровне, в отличие от классических невротических расстройств, при которых превалирует неосознанная тревога. Практически у половины обследованных лиц выявлены разные виды нерезко выраженных агрессивных явлений, что в сочетании со стабильно повышенной 4 шкалой по СМИЛ указывает на эмоционально-личностные особенности больных ПА, проявляющиеся на поведенческом уровне. Согласно клинической психиатрической оценке и использованной шкалы Зунга, депрессивного состояния у больных ПА не обнаружилось. Результаты корреляционного анализа показали, что у больных паническими атаками фобические и тревожные тенденции связаны с личностными особенностями.

Таким образом, исследуемые нарушения у больных ПА имеют свои особенности, которые заключаются в преобладании неосознанной тревоги, высоком уровне страхов, отсутствии клинической депрессии, тесной взаимосвязи и взаимовлиянии эмоциональных и личностных характеристик, что проявляется в поведенческих паттернах. Такой характер нарушений значительно затрудняет проведение психотерапевтических и других лечебных мероприятий, и подталкивает к поиску эффективных, краткосрочных психофизиологических методов коррекции.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»

Фесенко Ю.А., uaf1960@mail.ru, доктор медицинских наук, Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», заместитель главного врача по медицинской части.

PSYCHOTHERAPY DEPARTMENT IN THE STRUCTURE OF THE CENTER OF REGENERATIVE TREATMENT "CHILD PSYCHIATRY»

Fesenko Y.A., doctor of medicine, Saint Petersburg state institution of health "Center for restorative treatment "Child psychiatry" named after S.S. Mnukhin», Deputy chief physician.

Специалисты психотерапевтического отделения оказывают лечебную психотерапевтическую, психофармакологическую, психологическую и логопедическую помощь детскому населению Санкт-Петербурга в возрасте от 0 до 18 лет, а также

осуществляют консультативное взаимодействие с врачами амбулаторных и стационарных отделений Центра, неврологами детских медицинских учреждений города в целях диагностики невротических, неврозоподобных и речевых расстройств у детей и подростков.

Одной из основных функций отделения является консультативно-диагностическая работа и лечение пациентов с непсихотическими психическими, пограничными психическими расстройствами, патологией речи, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии.

Консультативно-диагностическая работа на отделении включает в себя:

1. Первичный прием детей врачом-психотерапевтом, основной задачей которого является постановка диагноза и определение тактики обследования ребенка;
2. Психологическое обследование;
3. Логопедическое обследование;
4. Электроэнцефалографическое исследование;
5. ЭХО-ЭГ – по показаниям;
6. Повторный прием врача-психотерапевта, целью которого является уточнение первичного диагноза, выбор тактики лечения или обоснованный отказ в лечении на отделении.

Все сложные диагностические случаи решаются с помощью консультаций заведующим отделением или разборов консультантов отделения (научных работников кафедр медицинских учебных заведений), на которых присутствуют все специалисты отделения.

Основное направление лечебной работы отделения – психотерапевтическое, психокоррекционное. В отделении оказывается: индивидуальная (рациональная патогенетическая, позитивная, поведенческая, коррегирующая, игровая, гипносуггестивная психотерапия; групповая (игровая, группы личностного роста, гипносуггестивная) психотерапия; семейная психотерапия, коррекция семейных отношений; психологическое консультирование.

Групповая психотерапия и психокоррекция проводятся одним, двумя врачами-психотерапевтами, врачом-психотерапевтом и психологом, одним психологом (психокоррекционная работа).

Ежегодно в отделении индивидуальную психотерапию проходит около 1,5 тысячи детей и подростков, групповую психотерапию – около 200 человек, около 150 семей получает консультативную и психотерапевтическую помощь.

При необходимости осуществляется совместное ведение пациента: врачом-психотерапевтом отделения и врачом-психиатром диспансерного отделения по месту его жительства.

СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦАХ И ПОЛИКЛИНИКАХ

Филиппова Ю.В., кандидат медицинских наук доцент, врач-психиатр, врач-психотерапевт, ведущий научный сотрудник ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены профпатологии и экологии человека» Федерального медико-биологического агентства. Россия, Санкт-Петербург.

Филиппов В.Л., vadim_filipov_43@mail.ru, доктор медицинских наук, профессор, врач-психиатр, врач-психотерапевт, заведующий отделением психотерапии Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2».

Введение. Проблема организации современных подходов оказания психотерапевтической помощи в больницах и поликлиниках предусматривает решение основной задачи – формирование системы сохранения психического здоровья людей. На актуальность данной проблемы указывает рост распространенности заболеваемости пограничными психическими расстройствами (ППР) и психосоматическими расстройствами (ПСР) среди населения и, особенно, среди пациентов поликлиник и многопрофильных соматических стационаров (у разных исследователей от 40% до 80%). Негативная тенденция с психическим здоровьем требует выбора приоритетов в разработке крупномасштабных мероприятий по организации психотерапевтической помощи населению, профилактике, диагностике и лечению больных с ППР и ПСР. **Целью исследования** было рассмотрение проблемы организации психотерапевтической помощи в многопрофильном соматическом стационаре. **Материал, методы и результаты.** Исследована распространенность и клинические особенности ППР среди пациентов многопрофильного соматического стационара. Обследовано 1568 больных, страдающих психосоматическими расстройствами (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, бронхиальная астма, диабет 2-го типа и др. Использован клиничко-психопатологический метод исследования. Мужчин было 580 (37,0%), женщин – 988 (63,0%). Распределение всех исследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство было старше 40 лет (62,1%). Среди всех обследованных лиц, находящихся в больнице, за психотерапевтической помощью обратились всего 6,3%, остальных 93,7% направили на консультацию врачи различных отделений больницы. К врачам-психиатрам и психотерапевтам из обследованных лиц, страдающих ППР и ПСР, ранее обратились всего 85 человек (5,4%). Среди всех обследованных пациентов стационара преобладали лица с тревожно-депрессивными, невротическими и неврозоподобными расстройствами, маскирующимися под соматические заболевания. Более 40% обследованных пациентов ранее лечились в поликлиниках и соматических стационарах. Нозологический спектр обследованных пациентов и тяжесть клинических проявлений патологии зависели от профильности отделений соматического стационара.

Изложенные факты указывают на социально-экономический и медицинский ущерб, наносимый последствиями невнимания к развитию психотерапевтической помощи в поликлиниках и общесоматических стационарах.

Таким образом, решение проблемы оказания психотерапевтической помощи в условиях многопрофильных общесоматических стационаров и поликлиник в свете реализации приказа МЗСР России «О психотерапевтической помощи» № 438 от 16.09.2003 и других директивных документов в области психического здоровья весьма перспективно.

В докладе будет подробно рассмотрена система оказания комплексной психотерапевтической психофармакологической помощи в сочетании с иглорефлексотерапией пациентам в условиях многопрофильной больницы.

ПРИНЦИПЫ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Фомичева М.В., mashafom91@mail.ru, клинический психолог отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

Караваяева Т.А., tania_kar@mail.ru - доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ.

THE PRINCIPLES OF SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS OF PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

Fomicheva M.V., clinical psychologist of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Centre of psychiatry and neurology.

Karavaeva T.A., Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Centre of psychiatry and neurology.

Рассмотрение проблемы избыточной массы тела и ожирения с позиции биопсихосоциальной парадигмы подчеркивает роль психологических и социальных механизмов в развитии данной патологии, учет и выявление которых позволяют разрабатывать и применять персонализированные подходы в терапии и коррекции. Многоаспектное изучение индивидуальных факторов и их динамическое взаимодействие возможно с помощью специализированного полуструктурированного интервью, разработка которого являлась задачей настоящего исследования. Фиксация результатов осуществляется в авторской индивидуальной регистрационной карте, состоящей из 7 основных блоков. Первый блок содержит анкетные данные, которые позволяют идентифицировать пациента, выявить особенности его социального статуса и субъективную удовлетворенность существующим положением, определить основной и сопутствующий диагноз.

Второй блок посвящен подробному изучению истории болезни пациента – учитываются клиничко-динамические и клиничко-анамнестические характеристики заболевания, основные параметры антропометрических данных, причины набора веса, эффективность предыдущих попыток его снижения; используемые пациентом способы борьбы с заболеванием, а также уровень осознания роли психогенных факторов в возникновении нарушений.

Третий блок описывает характерные особенности пищевого поведения пациента. Отмечается количество основных приемов пищи, особенности режима питания, калорийность дневного рациона, вкусовые предпочтения больного, частота употребления алкогольных напитков и др.

В четвертом блоке пациент субъективно оценивает свои личностные характеристики и психологические черты, фиксируется самоотношение и самовосприятие пациента. Пятый блок посвящен детальной оценке психоэмоционального и физического состояния, указываются имеющиеся вторичные соматические заболевания и сопутствующие психологические расстройства.

Последние два блока позволяют учитывать катамнестические изменения, происходящие через 3 и 6 месяцев после проведенной групповой психотерапии, направленной на психологические мишени формирования нарушений пищевого поведения. Фиксируются физические и психологические динамические характеристики, устойчивость полученных результатов, степень осознания роли психогенного фактора в возникновении расстройства.

Разработанные принципы полуструктурированного интервью для больных с избыточной массой тела позволяют качественно и быстро собрать полные данные о пациенте и истории его заболевания, отражают роль индивидуальных психологических и социальных факторов в формировании нарушений, учет которых способствует созданию персонализированных программ коррекции, направленных на повышение результативности проводимых мероприятий, а также позволяют достоверно оценить их эффективность и устойчивость полученных достижений.

ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ИНИЦИАЛЬНОЙ СТАДИИ

Хяникяйнен И.В., hanikainen@yandex.ru, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Петрозаводского государственного университета.

APPROACHES TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ASTHENIC-AUTONOMIC SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA OF A BRAIN AT AN INITIAL STAGE

Hyanikyaynen I. V., Candidate of Medical Sciences, Assistant of neurology and psychiatry Department, Medical Institute of Petrozavodsk State University.

Основными клиническими проявлениями ранней стадии (РС) хронической ишемии мозга (ХИМ) являются вегетативная и когнитивная дисфункции, соматогенная астения, эмоционально-аффективные нарушения, а неврологические симптомы, «маскируясь» за ними, трудны для диагностики, интерпретации и лечения. **Целью** исследования явилось выявление степени выраженности астено-вегетативного синдрома у больных с РС ХИМ для их последующей психотерапевтической коррекции. **Материалы и методы:** Основную группу (ОГ) составили лица организованной популяции г. Петрозаводска (n=280; средний возраст 53,9±8,1 лет; гендерный индекс 1:1), имеющие клиническую картину РС ХИМ. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц (n=32; средний возраст 52,4±6,5 лет; гендерный индекс 1:1; p>0,05). Актуальное психическое состояние лиц с РС ХИМ изучали посредством Шкалы оценки астении (The Multidimensional Fatigue Inventory – MFI-20) (Smets E.M. et al., 1994), что дополнялось изучением степени выраженности вегетативной дисфункции по тесту А.М. Вейна (2003). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. Лица с РС ХИМ характеризовались наличием клинически выраженной астении по MFI-20 (общая сумма баллов у больных $82,6 \pm 1,2$, у здоровых $36,7 \pm 1,8$; $p < 0,05$) с максимальными оценками по подшкалам «Пониженная активность» ($19,1 \pm 0,3$ и $7,8 \pm 2,1$), «Общая астения» ($18,5 \pm 1,1$ и $8,1 \pm 1,4$), «Физическая астения» ($17,7 \pm 1,8$ и $9,9 \pm 1,3$); с минимальными оценками по подшкалам «Психическая астения» ($13,1 \pm 0,9$ и $5,4 \pm 1,3$) и «Снижение мотивации» ($14,2 \pm 2,1$ и $5,5 \pm 2,1$ б. в ОГ и КГ соответственно; $p < 0,05$). Астеническим проявлениям у больных с РС ХИМ сопутствовал умеренно выраженный вегетативный дисбаланс по тесту А. М. Вейна (2003) (средний балл – $32,55 \pm 10,54$; в КГ – $7,46 \pm 2,12$; $p < 0,05$).

Повторное наблюдение пациентов с РС ХИМ проводили через 2 и 12 месяцев после проведенного лечения ($n=160$) в четырех рандомизированных группах, различающихся по применяемому методу (прогрессирующая мышечная релаксация (ПМР), когнитивная реатрибуция (КР) по А. Беку (1995), прямое мотивированное внушение наяву (ПМВН) с элементами разъяснения и убеждения, стандартная фармакотерапия собственно церебральной дисгемии (группа контроля)). Для оценки эффективности психотерапевтических методов, используя критерий Вилкоксона, производили поиск значимых сдвигов клинико-психологических показателей после лечения по отношению к исходным в рандомизированных группах психотерапии и контроля.

Проспективный анализ результатов теста А.М. Вейна (2003) показал, что у лиц с РС ХИМ все методы психотерапии устойчиво (через 2-12 месяцев) снижали вегетативно-сосудистую неустойчивость с умеренной (336.; $n=102$) до легкой (в диапазоне 15-306.; $n=68$; $p < 0,05$; КР и ПМВН), или приводили к нормативным значениям вегетативного баланса (менее 156.; $n=38$; $p < 0,05$; ПМР).

Вывод. У лиц с РС ХИМ в клинической картине преобладает астено-вегетативный синдром, что является «мишенью» для применения ПМР в комплексных программах реабилитации данного контингента больных.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН

Ходжаева Н.И., Матякубова М.К., Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистон.

MODERN METHODS FOR TREATING ANXIETY-DEPRESSION DISORDERS OF MENOPAUSE PERIOD IN WOMEN

Khodzhaeva N.I., Matyakubova M.K.

Климактерический период у женщин может характеризоваться аффективными расстройствами со снижением настроения, тревогой, нарушениями сна и др. Для редукиции указанных расстройств возможно применение современных антидепрессантов. **Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности Эсциталопрама (севпрама) при депрессивных расстройствах у женщин климактерического возраста. **Материалы и методы.** В исследование участвовали 55 женщин. Психический статус и его динамику в процессе терапии оценивали клиническим и статистическим методами. Эсциталопрам (севпрам) назначали после отмены предшествующей терапии, в стандартной дозировке 10мг в сутки утром после еды. Длительность лечения составляла от 6 нед. до 6 мес. Во время исследования не допускали назначения других антидепрессантов. **Результаты исследования и обсуждения.** В ходе исследования было обследовано 57 женщин в возрасте от 40 до 55 лет. Больные с депрессивным синдромом в рамках климак-терического синдрома (40 человек) были объединены в 1-ю группу больных. Во 2-ю группу вошли больные с невротической депрессией (17 человек) того же возраста.

Результаты проведенного исследования показали, что севпрам вызвал положительную динамику состояния у всех обследованных больных. В группе больных с климактерической депрессией значительное снижение показателей депрессии наблюдали у 82,8% (29) пациентов. Наиболее заметная динамика состояния с улучшением настроения, восстановлением активности, отмечена в течение 2–3 недель лечения, и к концу месяца терапии больные чувствовали себя практически выздоровевшими.

Помимо антидепрессивного действия у эсциталопрама (севпрама) проявилась отчетливая активность в отношении тревожных расстройств. Так, при климактерической депрессии эффект был заметен с первых дней применения препарата. Причем редуцировались не только психические, но и соматические проявления тревоги.

В группе больных с невротической депрессией заметное улучшение состояния отмечалось у 81,8% (18) больных. В прочем, так как с умеренной и тяжелой степенью депрессии.

Независимо от происхождения депрессивных расстройств, эсциталопрам (севпрам) оказался эффективным в отношении клинических симптомов депрессии. К 1-1,5 месяцу терапии настроение больных улучшилось, восстановился сон, редуцировалась тревога и вегетативные проявления.

Независимо от продолжительности терапии переносимость эсциталопрама (севпрама) была хорошей. Лишь у 2 пациентов наблюдались побочные явления в виде тошноты, которая исчезала через 2-3дня. Никаких других осложнений и побочных эффектов зафиксировано не было.

Выводы. 1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности эсциталопрама (севпрама) при терапии депрессивных расстройств климактерического периода.

2. Важным преимуществом эсциталопрама (севпрам) является хорошая переносимость, возможность длительного применения у больных с соматической патологией.

ПРОИЗВОЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ РАЗВИТИИ

Черенева Е. А., elen_korn@bk.ru, к.п.н., доцент кафедры специальной психологии, директор Международного института аутизма ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева».

Гуткевич Е.В., д.м.н., профессор кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии НИ ТГУ, г. Томск; ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ.

ARBITRARY REGULATION OF BEHAVIOR IN CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES

Chereneva E.A., Ph.D., Associate Professor, Department of Special Psychology, Executive Director of the International Autism Institute, V.P. Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University, elen_korn@bk.ru

Gutkevich E. V., MD, Professor of Genetic and Clinical Psychology Department of Psychology Faculty National Research Tomsk State University; Lead researcher of Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia. gutkevich.elena@rambler.ru

Аннотация: приводятся результаты исследований стратегий поведения у детей младшего школьного возраста в норме и при нарушениях интеллектуальной деятельности. Выделены уровни произвольной регуляции и когнитивные стратегии поведения в норме и патологии.

Ключевые слова: произвольное поведение, нарушения интеллекта, стратегии поведения

В теории и практике психологической науки не ослабевает интерес к изучению детерминант произвольного поведения как фактора формирования эмоционально-личностной сферы в детском возрасте и индикатора социально-психологической адаптации индивида во взрослой жизни. Для нас представляет исследовательский интерес генерализация произвольного поведения в детском возрасте через оценку стратегий.

Нами было осуществлено исследование по исследованию механизмов стратегий произвольного поведения в детском возрасте произвольного поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии (нарушения интеллектуальной деятельности).

Исследование проводилось в России г. Красноярске и Красноярском крае. Были скомплектованы группы из учеников младших классов, не испытывающих существенных затруднений в учебе (здоровые испытуемые), и группы испытуемых имеющие снижения интеллектуальной деятельности различного уровня: учащиеся с нарушениями интеллектуального развития – незначительная задержка психического развития (ЗПР) и нарушением интеллектуального развития в легкой степени. Качественная характеристика интеллектуального дефекта соответствует клиническим диагнозам МКБ -10 (DSM IV): F 80.82, F 81, F 70). Мы сформировали три группы испытуемых: НИР (испытуемые с нормальным интеллектуальным развитием), НИР1 (испытуемые с задержкой психического развития (ЗПР)) и НИР2 (испытуемые с нарушениями интеллектуального развития в легкой степени).

Мы установили, что:

1. Формирование произвольной регуляции поведения ребенка является непрерывным полидетерминированным процессом, представленным в виде индивидуальной субъектно-объектной траектории развития индивида, которая отражается через систему детско-родительских отношений.
2. Формирование произвольной регуляции поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии имеет принципиально одинаковые факторы социального и психологического генеза, механизмы формирования и детерминации произвольной регуляции в норме и патологии
3. Стратегии произвольной регуляции поведения в детском возрасте влияют на особенности интеракций с другими людьми и в большей степени зависят от индивидуального эмоционально-личностного опыта и уровня интеллектуального развития.
4. Когнитивные навыки напрямую зависят от уровня развития интеллекта, коэффициент корреляции составляет +0,75. Это означает, что, при повышении уровня интеллекта увеличивается успешность стратегии произвольного поведения.
5. Стратегии произвольного поведения напрямую зависят от социального опыта и особенностей детско-родительских отношений, коэффициент корреляции составляет $k_{xy}=+0,72$. Это означает, что формирование когнитивных стратегий произвольного поведения испытуемых зависит от родительских установок
6. Установлена прямая сильная связь между формированием компонентов произвольного поведения и детско-родительскими отношениями и частично зависит от уровня интеллекта, коэффициент корреляции составляет +0,75. Это означает, что чем выше уровень интеллекта, тем выше уровень компонентов произвольного поведения. И чем более высок уровень родительских установок, а значит более вероятно формирование продуктивности компонентов произвольного поведения.
7. Уровень интеллекта влияет на формирование произвольного поведения как генерализующего продукта всей психической деятельности и напрямую зависит от особенностей детско-родительских отношений и эмоционально-личностной сферы, коэффициент корреляции составляет +0,68. Это означает, что уровень интеллекта частично влияет на формирование адаптивной стратегии и уровня произвольной регуляции.
8. Произвольная регуляция поведения в детском возрасте напрямую влияют на особенности интеракций (коммуникация, общение) с другими людьми, коэффициент корреляции составил +0,8. Это означает, что формирование интеракций с другими людьми в большей степени зависят от индивидуального эмоционально-личностного опыта и уровня интеллектуального развития.

БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Черная Ю.С., psiheja1313@gmail.com, младший научный сотрудник, Лаборатория клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева Минздрава России.

Сарайкин Д.М., saraikindm@yandex.ru, младший научный сотрудник, Лаборатория клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева Минздрава России.

THE BASIC BELIEFS OF MOTHERS RAISING CHILDREN SUFFERING WITH SEVERE CHRONIC SOMATIC PATHOLOGY

Chernaya Y.S., Junior researcher, Laboratory of clinical psychology and psycho-diagnostics, National medical center of psychiatry and neurology named after V. M. Bekhterev of the Ministry of health of Russia.

Sarajkin D.M., Junior researcher, Laboratory of clinical psychology and psycho-diagnostics, National medical center of psychiatry and neurology named after V. M. Bekhterev of the Ministry of health of Russia.

Наличие хронического заболевания у ребенка, требующего длительного и сложного лечения, является психотравмирующим фактором, оказывающим выраженное стрессовое воздействие на личностное и семейное функционирование родителей. По этому, представляется значимым изучение психологического состояния родителей, в частности их базисных убеждений, как имплицитных, глобальных, устойчивых представлений о мире и о себе, оказывающих влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение. В данном исследовании рассматриваются особенности базисных убеждений у матерей воспитывающих хронически соматически больных детей. Участники исследования (N=60) в возрасте от 25 до 41 года (средний возраст $35,20 \pm 4,52$) были поделены на две группы: матери детей с хронически соматически больными детьми и матери детей с условно здоровыми детьми. В исследовании принимали участие методики: «Шкала семейного окружения», Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; В.Е.Каган, И.П.Журавлева), Тест-опросник родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столина, Опросник уровня агрессивности Басса – Перри, Шкала базисных убеждений (Адаптация Падуна и Котельниковой), Симптоматический опросник (SCL-90-R).

По результатам исследования матери детей с хроническими заболеваниями, которым присуще доверие к окружающему миру, склонны описывать свои семьи как сплоченные, направленные на морально-нравственные аспекты жизни, а так же высоко оценивают образ собственного Я. При длительном периоде заболевания и ранней постановке диагноза, такие матери характеризуются большим доверием к миру и справедливости в нем. У матерей с высокими представлениями о ценности и значимости собственного Я отмечается низкий уровень семейной диктатуры, симбиотичности со своим ребенком, а так же почти полное отсутствие симптомов сензитивности, тревожности, депрессии и враждебности. Так же, матери больных детей убежденные в справедливости окружающего мира и его контролируемости склонны к выражению физической агрессии и адекватной оценке тяжести заболевания ребенка. У матерей воспитывающих здоровых и хронически больных детей существует схожесть: убеждение в справедливости мира имеет положительную связь с выраженностью в семье интеллектуальных и культурных аспектов, а положительное отношение к себе связано с низкой напряженностью по поводу заболевания ребенка.

Результаты исследования могут быть полезны при разработке индивидуальных программ психологической помощи для матерей с хронически больными детьми.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шайхмагомедов М. Х., Уруджева Д. А., Республиканский психоневрологический диспансер РД, Россия, г. Махачкала.

DEVELOPMENT OF PSYCHITRIC SERVICE

Shayikmagomedov M.Kh., Urudjeva D.A.

Поиском путей сохранения психического здоровья граждан озадачены специалисты во многих странах. Мы считаем, что в плане действий по охране психического здоровья, решение проблемы состоит в понимании того, что данный процесс дело всего общества в целом. Как и во всей стране, один из ключевых принципов организации специализированной психиатрической помощи в нашем учреждении – акцент на внебольничные формы работы с пациентом, на амбулаторное звено. Важнейший аспект организации психиатрической помощи в этом контексте – ее доступность – возможность получить помощь по месту жительства и в наименее стеснительных условиях и качество предоставляемой медицинской помощи естественно.

Современные методы терапии позволяют оставлять человека в стационаре только на самый необходимый период времени – в остром состоянии, все остальное время пациент не должен отрываться от социума, работы, семьи, друзей. На сегодняшний день в рамках реформированной психиатрической помощи в нашем учреждении активно развивается сеть стационар заменяющих форм оказания помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами. Помимо диспансерного наблюдения, больным предлагается лечение в дневном стационаре; пациенты, нуждающиеся в активном наблюдении, в том числе и на дому, обслуживаются врачами-психиатрами диспансерного отделения.

С целью оптимизации первичной специализированной медико-санитарной медицинской помощи психологической и социальной работы, в нашем учреждении была создана комплексная полипрофессиональная бригада специалистов, состоящая из врача-психиатра, психолога, социального работника и медицинской сестры (врача-психотерапевта, при наличии показаний). Комплексный подход, предусматривающий полипрофессиональное взаимодействие, позволяет максимально решить проблемы адаптации пациента в обществе после прекращения его стационарного лечения и только во взаимодействии могут быть реализованы комплексные подходы к оказанию психиатрической помощи.

В нашем учреждении работа полипрофессиональных бригад выполняется в диспансерном отделении. Бригадный метод позволяет выработать мотивацию пациентов для участия в лечебно-реабилитационных мероприятиях, также он способствует восстановлению связей с родственниками и расширению социальных контактов. Благодаря комплексности оказания помощи пациентам – помощь они получают и в решении социальных, правовых и бытовых вопросах.

За эффективность бригадного метода говорит как снижение уровня госпитализированных пациентов по неотложным показаниям (201 за 2017 год против 253 – за 2016 год и 287 за 2015 год), так и уменьшение средних сроков пребывания пациента в стационаре (с 39 за 2014 год против 36-2015 г., 35 за 2016 год и 33 за 2017 год), уменьшение доли пациентов находящихся на лечении свыше года (с 12% за 2014 год против 9% за 2015 год, 8% за 2016 год и 6% за 2017 год), снижение частоты совершения общественно опасных действий и завершенных суицидов.

Анализ поведенной работы позволяет говорить о том, что возможность получать активную фармакотерапию в наименее ограничительных условиях способствует уменьшению стигматизации и созданию наиболее эффективной индивидуализированной ресоциализации лиц с психическими расстройствами, а также положительно влияет на качественные и количественные показатели оказания психиатрической помощи населению.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Шарипова Ф.К., Тайиров Х.Э., Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии
E-mail:farida48@mail.ru

DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I

Sharipova F.K., Tayirov Kh. E., Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.

Актуальность: по данным ВО Зокколо 17% населения в России и СНГ больны сахарным диабетом (Кошанская А.Г., Винокур В.А., 2016). Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2015 г. количество больных СД составило 387 миллионов жителей нашей планеты. **Цель исследования:** изучить спектр аффективных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической психотерапевтической помощи данному контингенту больных. **Материалы и методы исследования:** объектом для исследования явились 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в Республиканском Научном Центре Эндокринологии города Ташкента. Для выявления депрессивной патологии использовались: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой цвет Люшера. **Результаты:** у 24 подростков (80%) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7 – 16 что по Г.П.Пантелеевой (1998) соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (16,6%) – в пределах 17 – 27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у одного (3,3%) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Признаки депрессивного расстройства легкой или умеренной степени выявлены у 96,6% обследованных подростков. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. **Вывод:** таким образом, изменения аффективной сферы выявляются у 82% подростков с СД I типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания эмоциональные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику.

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Шарипова Ф.К., Эшкуллов Д.И., Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии. E-mail:farida48@mail.ru

PSYCHOTHERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I

Sharipova F.K., Eshkulov D.I., Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.

Актуальность: в связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы реабилитации, социальной адаптации и коррекции депрессивной симптоматики у детей и подростков с сахарным диабетом.

Цель исследования:изучить новые возможности психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в Республиканском Научном Центре Эндокринологии города Ташкента. Для выявления депрессивной патологии использовались: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой цвет Люшера.

Результаты: основными целями проводимой коррекционной работы являлись:

1. Проведение семейной и рациональной психотерапии.
 2. Реабилитационная программа.
 3. Улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности);
 4. Обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства.
- В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объеме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков. **Вывод:** таким образом, использование современных возможностей психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента сахарного диабета, а также коморбидно текущей аффективной патологии, улучшить прогноз и реабилитацию данной категории пациентов.

КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ: ОПЫТ ЛИЧНОГО ПРОЖИВАНИЯ

Ширяев Д.И., dmitry_shiryayev@yahoo.com, аспирант факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; психолог- стажер Психологической клиники СПбГУ.

Проскурякова Е.А., аспирант факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; психолог- стажер Психологической клиники СПбГУ.

CO-COUNSELLING IN PSYCHOLOGICAL SERVICE: PERSONAL LIVING EXPERIENCE

Shiryaev D., doctoral student of Saint Petersburg State University; intern-counsellor of the Psychological clinic SPBU.

Proskuryakova E., doctoral student of Saint Petersburg State University; intern-counsellor of the Psychological clinic SPBU.

На основе собственного полугодового опыта участия в обучении посредством ко-консультирования, эта технология представляется нам одним из наиболее эффективных способов вхождения молодого специалиста в психологическую практику. Так, с точки зрения личностного развития, она дает хорошую базу для тренировки своих коммуникативных навыков: позволяет научиться договариваться и осознавать личные границы. В профессиональном плане – это возможность выступать в нескольких ролях: наблюдателя, консультанта с наблюдающим супервизором и второго консультанта. Процесс ко-консультирования позволяет «примерить» на себя разные роли и посмотреть на «реальную работу с клиентом» с 3-х различных позиций.

Роль наблюдателя. Представляется базовой. По нашему опыту, она дает возможность привыкнуть к ситуации консультирования, понять логику ведения консультативной беседы и прочувствовать стиль ведущего консультанта. Взгляд со стороны позволяет ко-консультанту отследить механизмы, протекающие в процессе, наблюдать за реакциями клиента: вербальной и невербальной экспрессией, проявлением психологических защит.

Роль консультанта с наблюдающим супервизором. По нашим ощущениям, она становится отправной точкой для профессиональной самостоятельной деятельности и позволяет, например, снять страх первого контакта с клиентом, а также (что, на наш взгляд, является наиболее важным) попробовать свои силы без опасения, ведь если что-то пойдет не так, тебя исправят.

Роль второго консультанта. При совместном консультировании эта позиция кажется нам самой сложной, так как предполагает тонкое чувствование партнера-психолога – пребывание с ним в эмпатическом контакте.

Анализируя наш опыт обучения по технологии ко-консультирования, хотелось бы отметить, что организуя процесс, необходимо уделить внимание более активному контакту ведущего консультанта с ко-консультантом не только на сеансе, но и после него осуществлять активный обмен обратной связью по имевшемуся процессу. По нашему мнению, это может помочь обучающемуся более ясно понимать логику проведения консультации; получать оценку своих действий и корректировать их; углублять свои знания по затронутым на консультациях проблемам.

Мы считаем, что изложенные мысли будут полезны для начинающих профессионалов и специалистов, организующих процесс ко-консультирования.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАДЕЖНОСТИ, ВАЛИДНОСТИ, ОБЪЕКТИВНОСТИ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Якиманская И.С., yakimanskay@narod.ru, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, Оренбургский государственный медицинский университет.

SOME ASPECTS OF RELIABILITY, VALIDITY, OBJECTIVITY IN THE JUDICIAL PSYCHOLOGO-PEDAGOGICAL EXAMINATION

Yakimanskaya I.S., yakimanskay@narod.ru, candidate of psychological Sciences, associate Professor, Associate Professor, Department of clinical psychology and psychotherapy, Orenburg State Medical University.

В процессе проведения судебной психолого-педагогической экспертизы перед экспертом встают вопросы определения объективности, надежности и валидности содержания исследования при проведении экспертизы, процесса проведения экспертизы и вынесения экспертом заключений по вопросам суда.

Под валидностью экспертизы понимается адекватность ее предмету исследования. Надежность позволяет судить о том, насколько внушают доверие полученные результаты. Объективность экспертизы характеризует степень независимости результатов измерения от эксперта. Объективными результаты будут лишь в том случае, если, во-первых, они независимы от личностных особенностей эксперта, и, во-вторых, исключен произвол в их обработке и интерпретации.

Об объективности, надежности и валидности содержания исследования при проведении экспертизы можно судить следующим образом: выделить измеряемые переменные, соответствующие запросам суда, определить методы и методики исследования, их основную направленность; соотнести направленность методов и методик исследования и измеряемые переменные, соответствующие запросам суда. Важно, чтобы каждая переменная измерялась не менее 2-3 раз с помощью разных методов и методик.

Объективность, надежность и валидность процесса проведения экспертизы связана с организацией условий взаимодействия с ребенком согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам СанПиН 2.4.1.1249-03, особенно для детей дошкольного и младшего школьного возраста. При нарушении временных режимов, у ребенка появляется утомление, которое может влиять на результаты применяемых методов и методик, особенно при исследовании познавательных процессов.

Об объективности, надежности и валидности вынесения экспертом заключений по вопросам суда можно судить, соотнося результаты, полученные с помощью методик, их анализ и ответы эксперта по отдельным вопросам суда.

Обобщив все полученные материалы, можно судить о качестве проведенной судебной психолого-педагогической экспертизы.

ПОЛЕМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ялов А.М., yalov1@mail.ru, к.пс.н., доцент, СПбГУ, факультет психологии.

THE POLEMICAL ASPECT OF PSYCHOTHERAPY IN MENTAL DISORDERS

Yalov A.M.

Начиная с 1960-70х годов сформировалось согласие: психотерапия при психических заболеваниях направлена на вторичную и третичную психопрофилактику – предупреждение рецидивов, хронификации, инвалидизации. Такой взгляд обоснован с точки зрения организации психиатрической помощи и статистики.

Однако, за полвека, можно говорить о прогрессе в психотерапии, который заключается не просто в увеличении числа методов, росте и уточнении условий статистически подтвержденной эффективности, а также внедрении стандартов подготовки специалистов. Развитие психотерапии привело к росту возможностей; стало возможным решать более широкий спектр задач, идущих от личности пациентов.

Ранее психотерапия представляла собой выбор между глубинными, поведенческими, рациональными и суггестивными методами, которые не позволяли подступиться к решению более широкого круга задач. В руководстве по психотерапии 1979 года представлены следующие методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, коллективная и групповая психотерапия, игровая психотерапия, психозестетотерапия, музыкотерапия, наркопсихотерапия, поведенческая психотерапия и семейная психотерапия.

Сегодня, через полвека, например, доступен метод решение-фокусированной психотерапии (S.DeShazer), позволяющий решать актуальные задачи последовательно. В распоряжении психотерапевта есть метод системной семейной терапии (M.Bowen), позволяющий предлагать существенные (сущностные) изменения в функционировании семейной системы. Конкретный психотерапевт при взаимодействии с конкретным пациентом с психиатрическим диагнозом оказывается перед выбором. С одной стороны он обладает возможностями по оказанию помощи в решении задач, идентичных задачам здоровых людей. Это задачи прохождения личностных кризисов, развития и самоактуализации. С другой стороны, подобные профессиональные амбиции, энтузиазм оказываются заблокированными существующим шаблоном о постановке более скромных психопрофилактических задач, о приоритетности предупреждения ситуаций, опасных для больного или окружающих его людей.

Однако, жесткое следование приоритетности психопрофилактических задач ведет к тому, что психотерапевт продолжает рассматривать семью исключительно как ресурс; эти современные возможности упускаются из-за инерции в понимании направленности работы. Для психотерапевта, не осуществляющего предварительную нозологическую фильтрацию клиентов необходима ревизия данного ограничительного шаблона.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ТРЕВОЖНО – ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тревожно-фобические расстройства представляют собой группу расстройств невротического спектра, клиническую картину которых составляют тревоги или страхи. Актуальность проблемы тревожно-фобических расстройств определяют два аспекта – их высокая распространенность среди лиц молодого наиболее трудоспособного возраста (J. M. Hettema et al., 2001; Ю. А. Александровский, 2004) и наличие тесной связи данного заболевания и фактора соматизации (И. В. Морковкина, Т. В. Серпуховитина, 1992). Как следствие, большинство пациентов с соматизированными тревожно-фобическими расстройствами наблюдается в общемедицинской сети, где показатель их распространенности колеблется от 11,9% до 20,5% (С. D. Sherburne et al., 1996; А. J. Barsky, 2005). Согласно современным представлениям соматизация при тревожно-фобических расстройствах – это патологический процесс, выражающийся вовлечением вегетативно-соматических, в том числе вегетативных, нейроэндокринных, иммунных, обменно-трофических дисфункций в общую клиническую картину заболевания (В. Н. Краснов, 1998; В. С. Собенников, Ф. И. Белялов, 2010).

Методы исследования. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», методика исследования психологических защит Келлермана-Плутчека. Для статистической обработки данных был использован пакет статистических программ Microsoft Office Excel 2010. В ходе проведенной работы были исследованы механизмы психологических защит в основной и группе сравнения. **Результаты:** Предпочитаемый репертуар психологических защит у пациентов с соматизированными тревожно-фобическими расстройствами позволяет сделать выводы относительно индекса напряженности, как того или иного механизма в отдельности, так и в общем. Так, о сверхнапряженном использовании психологических защит свидетельствуют показатели таких механизмов, как «Замещение» (63,9%), «Компенсация» (56,7%) и отчасти «Проекция» (49,5%). Сверхнапряженное использование данных механизмов психологической защиты прослеживается не столько в их высоких показателях, сколько в том, что пациенты с соматизированными тревожно-фобическими расстройствами, в меньшей степени используют механизмы противоположного полюса («Вытеснение» – 32,9%; «Реактивное образование» – 37,1%; «Отрицание» – 28,8%).

Вывод: Обобщая полученные результаты исследования, преобладающими механизмами психологической защиты, используемыми достоверно чаще, чем здоровыми людьми, являются «Замещение», «Проекция» и «Реактивное образование». Несмотря на высокую частоту использования механизма «Компенсации», и пациенты с соматизированными тревожно-фобическими расстройствами и здоровые люди используют его в равной мере. Достоверно реже в сравнении со здоровыми людьми используются психологические защиты «Интеллектуализация» и «Отрицание». Сверхнапряженным использованием характеризуются механизмы «Замещение», «Компенсация» и «Проекция». Общий индекс напряженности использования механизмов психологической защиты достоверно выше у пациентов с соматизированными тревожно-фобическими расстройствами в сравнении со здоровыми людьми, хотя и располагается в пределах нормы.

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ: СТАНОВЛЕНИЕ, ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
(к 85-летию отделения неврозов и психотерапии
Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)»**

30-31 марта 2018 года

Санкт-Петербург

Место проведения Конгресса:

Первый день - 30 марта 2018 года, 10.00-18.00.

Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Конференц-зал.

Состоятся пленарное заседание, симпозиумы, круглые столы, дискуссия.

Второй день - 31 марта 2018 года, 10.00-18.00.

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

Состоятся пленарное и секционные заседания, симпозиум, конференция и круглый стол.

Организаторы Конгресса:

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига

Восточно-европейский институт психоанализа

Российская психотерапевтическая ассоциация

При участии:

Российской медицинской академии последипломного образования министерства здравоохранения Российской Федерации

Национальной Саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов»

Санкт-Петербургского отделения Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии

ГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Организационный комитет

Со-председатели:

- | | |
|-----------------|--|
| Незнанов Н.Г. | д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, Санкт-Петербург |
| Караева Т.А. | д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель образовательного направления «психотерапия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-президент Российской Психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербург |
| 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», Москва |
| Решетников М.М. | д.м.н., профессор, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа, Заслуженный деятель науки РФ, Почетный профессор Венского Университета Зигмунда Фрейда, Санкт-Петербург |
| Бабин С.М. | д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, Санкт-Петербург |

Члены программного комитета:

- Акименко М.А. д.м.н., профессор, ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
- Александров А.А. д.м.н., гл.н.с. отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Бочаров В.В. к.п.н., руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой клинической психологии «ФГБОУ ВО СПбГПМУ» Минздрава России, Санкт-Петербург
- Васильева А.В. д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП), Санкт-Петербург.
- Еричев А.Н. к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Исаева Е.Р. д.п.н., заведующая кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург
- Исурина Г.Л. к.п.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург
- Катков А.Л. д.м.н., профессор, ректор Международного института социальной психотерапии Санкт-Петербурга, Вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, официальный преподаватель и супервизор практики ОППЛ, председатель комитетов по законодательным инициативам и 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, Санкт-Петербург.
- Ковпак Д.В. к.м.н., доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И.И. Мечникова, председатель ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, Санкт-Петербург
- Кораблина Е.П. д.п.н., профессор кафедры психологии профессиональной деятельности института психологии РГПУ им. А. И. Герцена, обладатель международных сертификатов по трём направлениям психотерапии и психологического консультирования: гештальт-терапия (Парижская школа гештальта, Серж Генлер), экзистенциально-гуманистическая терапия (США, Джеймс Бьюдженталь) и кататимно-имажинативная терапия (Германия, Хаинц Хеннинг), член президиума Координационного Совета Общества Психологов, обладатель сертификата EuroPsy, присужденного Аттестационным комитетом Европейской Федерации Психологических Ассоциаций, Санкт-Петербург
- Костромина С.Н. д.п.н., заведующая кафедрой психологии личности Санкт-Петербургского государственного университета, Президент Санкт-Петербургского психологического общества, сертифицированный специалист Германской Ассоциации Позитивной психотерапии, Европейской Ассоциации Психологов (EFPA), Санкт-Петербург
- Коцюбинский А.П. д.м.н., профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
- Крупницкий Е.М. д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор факультета психиатрии Пенсильванского университета, Санкт-Петербург

Кулаков С.А.	д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр Бехтерева», председатель супервизорского Совета РПА, Санкт-Петербург
Лутова Н.Б.	д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
Михайлов В.А.	д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству, руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
Попов Ю.В.	д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, руководитель отделения психиатрии подросткового возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург
Семенова Н.В.	д.м.н., руководитель научно-организационного отделения, председатель независимого этического комитета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, член Совета по этике Минздрава России, Санкт-Петербург
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, Санкт-Петербург
Шаболтас А.В.	к.п.н., доцент, декан факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, заведующий кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения, член рабочей группы РПО по разработке психологического закона, Санкт-Петербург
Чехлатый Е.И.	д.м.н., профессор, руководитель научно-клинического образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург

Со-председатели локального оргкомитета

Румянцева И.В.	Вице-президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, председатель регионального отделения ОППЛ в Санкт-Петербурге и СЗФО, Санкт-Петербург
Хетрик С.В.	исполнительный директор Российской Психотерапевтической Ассоциации, Санкт-Петербург

Актуальность конгресса определяется, с одной стороны, – ростом и широкой распространенностью психологических проблем и пограничных психических расстройств среди населения, с другой – необходимостью совершенствования системы оказания им помощи, развитием психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, интеграцией этих специальностей в различные области здравоохранения. Выявление и дифференциальная диагностика расстройств невротического уровня, детальное психологическое обследование пациентов с использованием новых подходов и технологий, разработка эффективных моделей оказания помощи, основанной на персонализированном подходе, определяют обоснованность консолидации усилий специалистов различных областей и формирования единых представлений в профессиональном сообществе. Современные проблемы развития, разработки, интеграции новых методов в психиатрии, психотерапии и психологии требуют от специалистов продолжения исследований в данных областях и делают необходимым постоянный обмен опытом ученых и практиков в новых социально-экономических условиях и реформирования здравоохранения. Важным вопросом рассмотрения будет являться соотношение психокоррекционных, психотерапевтических методов и лекарственного лечения в терапии пациентов с точки зрения повышения эффективности лечения, сокращения его сроков и улучшения качества жизни больных и их семей. Медико-социальное значение приобретает широкое внедрение психотерапии и психологической коррекции в другие медицинские специальности, поскольку это позволяет реально реализовывать биопсихосоциальные подходы в терапии различных заболеваний и воздействовать как на психологические звенья патогенеза, так и на восприятие пациентом своего состояния, повышая мотивацию к лечению, улучшая комплаенс. В ходе конгресса будут затронуты вопросы нормативного правового обеспечения системы психиатрической, психотерапевтической помощи, медико-психологического сопровождения.

Впервые в рамках конгресса пройдет симпозиум, посвященный проблеме женского психического здоровья.

Конгресс приурочен к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, сотрудники которого внесли большой вклад в становление и развитие отечественной психотерапии и медицинской психологии. В рамках научных интересов отделение глубоко разрабатывало вопросы диагностики и лечения невротических расстройств, пограничных психических нарушений, психотерапии и оценки ее эффективности, соотношения психофармакотерапии и психотерапии в рамках выработки

индивидуальной психотерапевтической стратегии, аспекты психодиагностики, особенности нормативно-правового и этического регулирования оказания психологической, психотерапевтической помощи.

Основные темы Конгресса:

Вопросы развития образовательных, научных, методологических, организационных основ современной психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

Новые подходы к диагностике и лечению пациентов с пограничными психическими расстройствами (комплексное применение психофармакотерапии, медикаментозного лечения, психотерапии, психологической коррекции)

Различные аспекты психологии лечебного процесса при оказании психиатрической помощи

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

Состояние и проблемы организации деятельности психиатрической и психотерапевтической службы, правовые и кадровые вопросы, их решения

Применение новых методов психотерапии и психиатрии в системе лечения больных различных клинических групп с позиции биопсихосоциального подхода

Кризисная психология и психотерапия

Результаты исследований причин и механизмов нарушений сна, диагностика, терапевтическая тактика, достижение устойчивых результатов

Роль нейротропиков в терапии астенических нарушений

Эпилепсия: сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения и реабилитации.

В работе Конгресса примут участие более 500 научных сотрудников и врачей: психотерапевтов, психиатров, медицинских (клинических) психологов и других специалистов, принимающих участие в научных исследованиях в области психиатрии, психотерапии, медицинской психологии при лечении пациентов различных клинических групп и в оказании психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи из всех регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

В рамках научной программы Конгресса будут представлены сообщения лидеров российской психологической, психотерапевтической и психиатрической науки и практики по наиболее актуальным проблемам и направлениям развития — от концептуальных теоретических и методологических исследований в сфере ментальных дисциплин до практических методов и технологий, применяемых в секторе здравоохранения, образования, социальной помощи.

Докладчики — ведущие российские и зарубежные ученые в области психотерапии, психиатрии, клинической фармакологии, медицинской психологии.

В период проведения научного Конгресса будет организована выставка современных образцов медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

Информация о Конгрессе будет размещена на сайте ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России: www.bekhterev.ru, а также на сайтах Российского общества психиатров: www.psychiatr.ru, Российской Психотерапевтической Ассоциации: www.rpa-russia.ru, Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги: www.oppl.ru, Психологической газеты: <https://psy.su/>, на информационном портале «Медицинская психология»: <http://medpsy.ru/comments/index.php>, на сайте Общественной организации «Санкт-Петербургское психологическое общество»: <http://spbpo.ru/>, на сайте Информационно-консультационного центра «Психометрика»: <http://psycho-mir.ru/>.

ИТОГОВАЯ ПРОГРАММА КОНГРЕССА

С 9.00 – регистрация участников конгресса. Регистрация открыта 30 и 31 марта 2018 г.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 30 МАРТА 2018 г.

Конференц-зал, 10.00-13.00

ПРЕЗИДИУМ: *Незнанов Николай Григорьевич (Россия, Санкт-Петербург), Караваева Татьяна Артуровна (Россия, Санкт-Петербург), Макаров Виктор Викторович (Россия, Москва), Решетников Михаил Михайлович (Россия, Санкт-Петербург), Ташлыков Виктор Анатольевич (Россия, Санкт-Петербург), Бабин Сергей Михайлович (Россия, Санкт-Петербург), Васильева Анна Владимировна (Россия, Санкт-Петербург), Катков Александр Лазаревич (Россия, Санкт-Петербург)*

Приветственное слово:

Н.Г. Незнанов – д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Президент Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии, Санкт-Петербург.

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», Москва.

Т.А. Караваева – д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель образовательного направления «психотерапия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-Президент Российской Психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербург.

Пленарные доклады (регламент – 15 мин.):

1. Стационарная психотерапия – альфа и омега системы психотерапевтической помощи пограничным нервно-психическим больным. 85 лет опыта отделения невротозов НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева

Васильева Анна Владимировна – д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Россия, Санкт-Петербург.

2. Отечественная психотерапия: из прошлого в настоящее и будущее

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. Невротозы: история и современность

Караваева Татьяна Артуровна – д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель образовательного направления «психотерапия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-Президент Российской Психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербург. Россия, Санкт-Петербург.

4. Нематериальная теория психики

Решетников Михаил Михайлович – д.м.н., профессор, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа, Заслуженный деятель науки РФ, Почетный профессор Венского Университета Зигмунда Фрейда. Россия, Санкт-Петербург.

5. Российская психотерапия – вверх по лестнице, ведущей вниз?

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

6. Контрперенос в психотерапии подростков

Илич Иван, примариус – зав. отделением психических расстройств молодого возраста Клинического Центра Сербии (Белград), почетный член-председатель секции психотерапии Сербского медицинского общества, эдукатор (супервизор) и председатель этического комитета общества психоаналитических психотерапевтов Сербии. Сербия, Белград.

7. Когнитивно-бихевиоральная терапия на гребне третьей волны: в чем преемственность?

Холмогорова Алла Борисовна – д.пс.н., профессор, заведующая лабораторией психологического консультирования и психотерапии МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России) декан факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, председатель Общества когнитивных психотерапевтов и

консультантов (ОКПК), член президиума Российского общества психиатров (РОП), вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА). Россия, Москва.

8. Феномен психопластичности в психотерапии

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

9. Современные направления и перспективы развития отечественной клинической психологии: нерешенные проблемы и новые вызовы

Исаева Елена Рудольфовна – д.п.с.н., заведующая кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Круглый стол:

«ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
Конференц-зал, 14.00-16.00

МОДЕРАТОРЫ: *Шаболтас Алла Вадимовна (Россия, Санкт-Петербург), Бабин Сергей Михайлович (Россия, Санкт-Петербург)*

Фиксированные доклады (регламент 5 мин.):

1. **Макаров В.В.**
2. **Бабин С.М.**
3. **Шаболтас А.В.**
4. **Решетников М.М.**
5. **Костромина С.Н.**
6. **Курпатов В.И.**
7. **Исурина Г.Л.**
8. **Демьяненко А.М.**

В прениях: *Ульянов И.Г., Катков А.Л., Караева Т.А., Холмогорова А.Б., Исаева Е.Р., Лаврова Н.М.*

Симпозиум:

«ЖЕНСКОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»
Учебная аудитория, 6 корпус, 3 этаж, 14.00-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: *Васильева Анна Владимировна (Россия, Санкт-Петербург), Коваленко Наталья Петровна (Россия, Санкт-Петербург)*

Аннотация симпозиума: Симпозиум посвящен актуальной теме психического здоровья женщин, что обусловлено большей распространенностью среди женщин аффективных расстройств, что определяет необходимость гендерного подхода в изучении и профилактике как тревожно-депрессивных состояний, так и психотических расстройств. К сожалению, статистика указывает на то, что среди жертв различных форм насилия и жестокого обращения преобладают женщины, это объясняет необходимость разработки гендерно-специфичных программ психосоциальной помощи и реабилитации. Высокие стандарты, предъявляемые обществом к внешнему облику, а также пропагандируемое средствами массовой информации искаженные, не соответствующие нормам здоровья и реальности женские образы обуславливают более высокую заболеваемость расстройствами пищевого поведения и навязчивым стремлением к модификации собственного тела среди женщин, негативно влияя на поддержание психического здоровья. В симпозиуме примут участие психиатры, психотерапевты, эндокринологи, клинические психологи.

Регламент докладов – 15 мин.

Тревожно-депрессивные расстройства – женский удел?

Васильева Анна Владимировна – д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Россия, Санкт-Петербург.

Психосоциальная терапия шизофрении: гендерно-сензитивный подход

Семенова Наталья Дмитриевна – к.п.с.н, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии, филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сопредседатель Секции Women's Mental Health Всемирной Психиатрической Ассоциации (WPA). Россия, Москва.

Роль половых гормонов в формировании депрессии

Мазо Галина Элевна – д.м.н., гл.н.с., руководитель отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Рукавишников Григорий Викторович – м.н.с. отделения эндокринологической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Женщина в мире экзистенциальных проблем

Кораблина Елена Павловна – д.п.с.н., профессор кафедры психологии профессиональной деятельности института психологии РГПУ им. А. И. Герцена, обладатель международных сертификатов по гештальт-терапии (Парижская школа гештальта, Серж Генлер), экзистенциально-гуманистической терапии (США, Джеймс Бьюдженталь) и кататимно-имагинативной терапии (Германия, Хаинц Хеннинг), сертификата EuroPsy Европейской федерации психологических ассоциаций, член президиума Координационного совета Общества психологов. Россия, Санкт-Петербург.

Психосоматические проблемы женского репродуктивного здоровья

Коваленко Наталья Петровна – д.п.с.н., профессор Санкт-Петербургского государственного университета, президент Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины. Россия, Санкт-Петербург.

«Сценарии» травмы и психология женского здоровья

Защиринская Оксана Владимировна – д.п.с.н., доцент факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Член Президиума Координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества, действительный член ОППЛ, научный руководитель Информационно-консультационного центра «Психометрика», психотравматолог. Россия, Санкт-Петербург.

Современные подходы к психо- и фармакотерапии инсомнии у женщин с тревожными расстройствами

Караваева Татьяна Артуровна – д.м.н., руководитель, гл.н.с. отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель образовательного направления «психотерапия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации. Россия, Санкт-Петербург.

Нейропсихологические предикторы суицидальной уязвимости девочек-подростков

Антохин Евгений Юрьевич – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ. Россия, Оренбург.

Психологическое сопровождение женщин при использовании вспомогательных репродуктивных технологий

Добряков Игорь Валериевич – к.м.н., доцент, с.н.с. научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Семенова Наталия Владимировна – д.м.н., гл.н.с., руководитель научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Ляшковская Светлана Владимировна – к.м.н., м.н.с. научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Лысенко Ирина Сергеевна – м.н.с. научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Особенности когнитивного функционирования женщин с психотической депрессией, совершивших суицидальную попытку

Палаева Розалия Ильдаровна – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ. Россия, Оренбург.

ПТСР у женщин с онкологическими заболеваниями молочной железы: проблемы диагностики

Лукошкина Екатерина Павловна – клинический психолог, многопрофильная медицинская клиника «Кадуцей». Россия, Санкт-Петербург.

Васильева Анна Владимировна – д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Россия, Санкт-Петербург.

Караваева Татьяна Артуровна – д.м.н., руководитель, гл.н.с. отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель образовательного направления «психотерапия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации. Россия, Санкт-Петербург.

Ожирение у женщин – междисциплинарный подход

Отрощенко Ольга Николаевна – врач-эндокринолог ФГБОУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации. Россия, Санкт-Петербург.

Васильева Анна Владимировна – д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Россия, Санкт-Петербург.

Фомичева Мария Валерьевна – клинический психолог отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Расстройство адаптации у женщин, воспитывающих детей с ограниченными возможностями

Баландова Ольга Игоревна – врач-психотерапевт, СПб ГБУЗ ГП 114, ДПО 50. Россия, Санкт-Петербург.

Васильева Анна Владимировна – д.м.н., доцент, руководитель международного отдела, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, сертифицированный психоаналитик Немецкой академии психоанализа (ДАР), председатель российского отделения Всемирной ассоциации динамической психиатрии (ВАДП). Россия, Санкт-Петербург.

Симпозиум:

«ПАЛИТРА ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ЭФФЕКТЫ И ТРУДНОСТИ»

Круглая аудитория, 2 корпус, 2 этаж, 14.00-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Коцюбинский Александр Петрович (Россия, Санкт-Петербург), Лутова Наталья Борисовна (Россия, Санкт-Петербург), Бутома Борис Георгиевич (Россия, Санкт-Петербург)*

Аннотация симпозиума: В ходе симпозиума будут рассмотрены разнообразные психотерапевтические подходы, используемые в рутинной психиатрической практике при лечении больных с тяжелыми психическими расстройствами. Представлены конкретные результаты психотерапевтических интервенций и обсужден широкий круг проблем, связанный с применением психотерапии.

Регламент докладов – 15 мин.

Новые формы оказания психиатрической помощи

Коцюбинский Александр Петрович – д.м.н., профессор, гл.н.с. отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Психотерапевтические интервенции в интегративной терапии больных шизофренией: этапы и барьеры

Лутова Наталья Борисовна – д.м.н., гл.н.с. отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Биопсихосоциальная парадигма терапии депрессии

Петрова Наталия Николаевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, Лауреат премии Правительства РФ в области образования, Председатель Правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга, член Правления Российского общества психиатров (РОП), член исполкома РОП, Председатель комиссии РОП по работе с молодыми учеными и специалистами. Россия, Санкт-Петербург.

Гештальт-терапия в работе с зависимыми пациентами: границы и возможности

Городнова Марина Юрьевна – д.м.н., доцент, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Биопсихосоциальный системный подход в организации лечения и реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Медведев Сергей Эрнстович – к.м.н., врач высшей категории, психиатр-психотерапевт, сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Бутома Борис Георгиевич – д.м.н., врач высшей категории, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Перспективы современного анализа в психиатрической практике

Федоров Ян Олегович – к.м.н., заведующий дневным стационаром №1 СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», вице-президент ЕКПП-Россия. Россия, Санкт-Петербург.

Психотерапия при шизофрении: новые тенденции в когнитивно-поведенческом подходе

Еричев Александр Николаевич – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Предикторы длительности ремиссии у больных с синдромом алкогольной зависимости: возможности профилактики рецидивов

Рыбакова Ксения Валерьевна – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения алкоголизма отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Эффекты психообразования и их связь с мотивацией к лечению у психиатрических пациентов

Сорокин Михаил Юрьевич – м.н.с. отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Временная перспектива личности в контексте психотерапии и психологического консультирования пациентов с алкогольной зависимостью

Трусова Анна Владимировна – к.п.с.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Телесно-ориентированная психотерапия в клинике эндогенных расстройств

Степанова Анна Владимировна – клинический (медицинский психолог) отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Бутома Борис Георгиевич – д.м.н., врач высшей категории, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Долговременные психотерапевтические группы, проводимые в психодинамическом подходе в условиях амбулаторной и полустационарной психиатрической помощи

Пажильцев Илья Владимирович – к.п.с.н., врач-психиатр, психотерапевт ЛОКБ, ГПНД №1. Россия, Санкт-Петербург.

Особенности вовлеченности близкого окружения больных шизофренией в процесс лечения

Макаревич Ольга Владимировна – м.н.с. отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Мультимодальный междисциплинарный подход при оказании психотерапевтической помощи больным с заболеванием шизофренического спектра

Гусева Ольга Васильевна – к.м.н., с.н.с. отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ 31 МАРТА 2018 Г.

Аудитория № 10, 10.00-13.30

ПРЕЗИДИУМ: Макаров Виктор Викторович (Россия, Москва), Катков Александр Лазаревич (Россия, Санкт-Петербург), Винокур Владимир Александрович (Россия, Санкт-Петербург), Ульянов Илья Геннадиевич (Россия, Владивосток), Филиппова Юлия Владимировна (Россия, Санкт-Петербург)

Пленарные доклады (регламент – 15 мин.):

Саморегулирование в психотерапии и психологии

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.

В докладе обсуждаются достижения, проблемы и перспективы профессионального саморегулирования в области психотерапии и психологии.

Нейропсихоанализ и нейропсихоаналитическая терапия: интеграция эмоциональных состояний и когнитивных функций

Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

Тарабанов Арсений Эдмундович – к.м.н., Ph.D., доцент, директор института нейрокоммуникаций и психотерапии. Литва, Вильнюс.

В докладе освещены основные положения современного нейропсихоанализа и акторно-сетевой теории.

Эффективность супервизии в балинтовских группах и разрушение сделанного

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. Россия, Санкт-Петербург.

Супервизия в балинтовских группах показала свою высокую эффективность в развитии профессиональной (прежде всего - коммуникативной) компетентности психотерапевтов и психологов-консультантов, качества оказываемой ими помощи, предупреждения у них профессионального выгорания.

Балинтовская супервизия существенно помогает этим специалистам в развитии целостного понимания своих пациентов, в получении поддержки коллег и формировании большего удовлетворения от своей работы. В докладе, основанном на данных литературы и многолетнем опыте работы автора в этой сфере, анализируется эффективность балинговской супервизии и случаев «разрушения сделанного» как обратной связи в работе балинговской группы, привлекающих внимание к технологии ее проведения.

Современные подходы к интеграции в психотерапии

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

В докладе рассматриваются основные тезисы интегративного движения в профессиональной психотерапии, оформляемые с позиции современной научной методологии и уровня знаний в рассматриваемой сфере. Проводится сравнительный анализ традиционных и инновационных представлений об интегративном векторе в профессии.

Особенности восприятия современных подростков

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

В докладе будут рассмотрены феномены информационной социализации, социального эскапизма, клипового сознания и многие другие особенности восприятия и взаимодействия с реальностью у современных подростков. Отдельное внимание будет уделено психологическим аспектам восприятия подростками информационной продукции, содержащей сцены агрессии или насилия. Также в докладе будет представлена попытка классификации психопатологических симптомов и синдромов, связанных с использованием современными подростками смартфонов и интернета.

Аналитико-катартическая терапия: реконструкция системы отношений

Александров Артур Александрович – д.м.н., профессор кафедры общей, медицинской психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, в.н.с. отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается современная модель психотерапии, основанной на психологии отношений. Рассматривается ключевая техника – Диалог с воображаемым значимым другим – в ее значении для реконструкции нарушенной системы отношений. Дается определение понятия «катарсис интеграции» и его роль в трансформации личности

Современные организационные подходы оказания психотерапевтической помощи в больницах и поликлиниках

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 будут рассмотрена распространенность пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний среди пациентов соматических больниц. Предложена система оказания комплексной психотерапевтической психофармакологической помощи в сочетании иглорефлексотерапией пациентам в условиях многопрофильной больницы.

Психотерапевтический метод В.Н. Мясищева (к 85-летию Отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)

Слабинский Владимир Юрьевич – к.м.н., доцент Научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» Санкт-Петербургского государственного университета, директор АНО ДПО «Петербургская школа психотерапии и психологии отношений», председатель Общества позитивных динамических психотерапевтов, Вице-президент Гильдии психотерапии и тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

Воищева Надежда Михайловна – психолог, завуч АНО ДПО «Петербургская школа психотерапии и психологии отношений», руководитель Санкт-Петербургского отделения Общества позитивных динамических психотерапевтов, член Координационного Совета, координатор работы региональных отделений Гильдии психотерапии и тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

Журавель Вадим Александрович – психолог ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, председатель Центрального Совета Общества позитивных динамических психотерапевтов. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается психотерапевтический метод В.Н. Мясищева: предпосылки возникновения, история развития и вклад в современную психотерапию. Вводятся в научный оборот новые историко-архивные данные, анализируется вклад В.Н. Мясищева, его сотрудников, учеников и последователей в развитие Российской психотерапии.

Психотерапия вегетативных дисфункций

Ермошин Андрей Федорович – врач-психотерапевт высшей категории, официальный преподаватель и супервизор практики международного уровня, член комитета модальностей психотерапии ОППЛ, руководитель модальности

«Психокатализ», психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы. Россия, Москва. В психокатализе работа ведется на трех уровнях: неопсихика (уровень ЦНС), палеопсихика (уровень вегетативной нервной системы) и протопсихика (уровень иммунной системы). В докладе будут освещены возможности устранения вегетативных дисфункций методом психокатализа.

Особенности психотерапии у высокочувствительных пациентов

Яковлев Олег Николаевич – доктор, руководитель амбулатории г. Трира (Германия), действительный член ОППЛ, член Немецкого общества психиатров и психотерапевтов, член Немецкого общества детских психиатров и психотерапевтов. Германия, Трир.

В докладе рассматривается особая группа высокочувствительных пациентов с нарушением аффективной регуляции, проводится измерение эффективности психотерапии. Дается определение понятию высокочувствительности и особенностей психотерапии этой группы. Обсуждается четырехступенчатая методика работы по десенситизации и выхода из позиции жертвы. Рассматривается полимодальная психотерапия высокочувствительных пациентов, особенности тестовой диагностики и спортивных мероприятий для десенситизации и профессиональной реабилитации.

О роли осознанных и неосознанных эмоциональных процессов в структуре внутренней картины болезни у больных рассеянным склерозом

Резникова Татьяна Николаевна – д.м.н., профессор, в.н.с. лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

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

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

В докладе рассматривается одна из наиболее актуальных проблем медицинской психологии – внутренняя картина болезни. На примере группы больных рассеянным склерозом (226 человек) показано, что разные виды и степень осознания болезни по-разному взаимосвязаны с личностной дезадаптацией и параметрами болезни, что создает трудности для диагностики, коррекции и психотерапии. Выявлена взаимосвязь функционального состояния мозга (по данным МРТ и ПЭТ) с эмоционально-личностными нарушениями на осознанном и неосознанном уровне. Представлены результаты воздействия немедикаментозным методом формирования и активаций АСФС, позволяющим оптимизировать психофизиологическое состояние человека за счет повышения компенсаторных и резервных возможностей.

Особенности эмоциональных нарушений больных паническими атаками

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

Резникова Татьяна Николаевна – д.м.н., профессор, в.н.с. лаборатории стереотаксических методов Института мозга человека РАН. Россия, Санкт-Петербург.

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

В докладе рассматриваются эмоциональные компоненты сложной внутриличностной структуры – внутренней картины болезни у больных паническими атаками. Дается краткое описание актуальности проблематики, обсуждаются особенности эмоционально-психического состояния, внутреннего эмоционального мира лиц, страдающих паническими атаками. Рассматривается влияние этих особенностей ВКБ на лечебный процесс.

Ревизия психиатрии, психотерапии через призму 38-летней практики психиатра, психотерапевта

Голгофская Ирина Геннадьевна – психиатр, психотерапевт, психоаналитик, аддиктолог, одна из учредителей и специалист первого частного Центра психотерапии (29 лет) «Клиника Инсайт», действительный член ОППЛ, преподаватель межрегионального уровня. Россия, Новосибирск.

В докладе рассматривается развитие психиатрии Западноевропейской цивилизации (в частности – нашей отечественной цивилизации) в историческом смысле по оси развития Личности – от обнаружения первыми психиатрами Психотической личности так называемого Традиционного времени, через дальнейшую трансформацию Невротической личности Современности в Аддиктивную личность Постсовременности. Делается акцент на значении психотерапии как возможном пути становления Духовной личности будущего.

Круглый стол:

«САМОРЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ. ПРАКТИКА САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ»

Аудитория № 200, 13.00-14.30

МОДЕРАТОРЫ: *Макаров Виктор Викторович (Россия, Москва), Румянцева Инга Викторовна (Россия, Санкт-Петербург)*

СПИКЕРЫ: *Катков А.Л., Титова В.В., Лях И.В., Жуков А.С., Козпак Д.В.*

СЕКЦИОННЫЕ ЗАСЕДАНИЯ 31 МАРТА 2018 Г.

Регламент выступлений с докладом – 12 мин., если иное не указано в программе заседания.

**Сателлитная Всероссийская научно-практическая конференция:
«ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ: ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ,
ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ»
Аудитория № 2, 10.00–13.30**

Регламент выступлений с докладом – 7 мин.

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Защиринская Оксана Владимировна (Россия, Санкт-Петербург), Онищенко Элеонора Васильевна (Россия, Санкт-Петербург), Пристав Оксана Викторовна (Россия, Санкт-Петербург)*

Аннотация конференции: На сателлитной конференции будут обсуждаться возможности взаимодействия всех субъектов образовательного процесса при решении вопросов:

- 1) ФГОС и современные технологии обучения;
- 2) индивидуальный подход к ученику в работе педагогов;
- 3) консультационная помощь обучающимся и его родителям в трудной жизненной ситуации;
- 4) здоровьесозидающая образовательная среда;
- 5) психологические условия реализации межпредметных связей с позиции ФГОС;
- 6) инновационные технологии в образовательном пространстве.

Феномен ретроинновации в системе научно-исследовательской деятельности будущих педагогов

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

Доклад посвящен анализу основных закономерностей становления и развития высшего профессионального образования в контексте внедрения в научно-исследовательской деятельности будущих педагогов новой тематики их ВКР – анализа ретроинноваций в условиях модернизации современной системы образования на разных ее уровнях (дошкольное/начальное/общее/высшее) Рассматривается сущность и своеобразие возникновения ретроинноваций, а также их взаимосвязь с образовательными новациями в педагогическом сообществе начала XXI века.

Ретроинновация в контексте становления и развития педагогической психологии

Марчукова Светлана Марковна – д.пед.н., проректор исследовательского педагогического центра им. Я.А. Коменского Немецкой гимназии «Петершуле». Россия, Санкт-Петербург.

Доклад связан с характеристикой «ретроинновации» как особого явления в системе модернизации современного образования. Дается оценка возможности возрождения и использования сегодня педагогического наследия известных зарубежных и отечественных педагогов. Рассматриваются отдельные аспекты историко-педагогического контекста становления и развития педагогической психологии.

Развитие рефлексии у детей как фактор эстетического воспитания

Маранцман Елена Константиновна – д.пед.н., профессор кафедры начального образования и художественного развития ребенка Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен анализу стилевой культуры детей от 1 до 11 класса, механизмам ее проявления, структуризации деятельности педагога по обучению детей соответствию стиля и предмета деятельности. Приведен разбор конкретных текстовых проявлений стиля детей.

Ценностные ориентации старшеклассников, посещающих занятия в учреждениях дополнительного образования

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

В докладе представлены результаты исследования ценностных ориентаций учащихся 10-11 классов, занимающихся в системе дополнительного образования, по сравнению с их сверстниками, обучающимися только в общеобразовательной школе. На основе полученных данных проведено сравнение системы личностных ценностей старшеклассников этих двух подгрупп, описаны основные тенденции социализации, а также раскрыты различия в расстановке приоритетов жизненных целей.

Возрастные особенности понимания текстов учащимися с интеллектуальными нарушениями

Защиринская Оксана Владимировна – д.пс.н., доцент кафедры педагогики и педагогической психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», научный руководитель Информационно-консультационного центра «Психометрика», действительный член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

Зайка Ольга Александровна – директор ГБОУ гимназии № 343 Невского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

Исследование проводилось с целью изучения паттернов распознавания и понимания текстовых и рисуночных зрительных стимулов учащимися третьих и девятых классов с интеллектуальными нарушениями. Выборка исследования составила 120 школьников: 60 учащихся 3 классов и 60 учащихся 9 классов. В каждой возрастной группе было обследовано 20 учащихся общеобразовательной школы, и по 20 школьников с диагнозами: «смешанные специфические расстройства психического развития» (F83) и «легкая умственная отсталость» (F70). Исследование выполнено в рамках финансирования научно-исследовательского проекта «Психофизиологические и нейролингвистические аспекты процесса распознавания вербальных и невербальных паттернов», проект Российского научного фонда № 14-18-02135. Изучались способность школьников выделять и обобщать смысл, последовательно пересказывать материал, называть главных героев, а также учитывался познавательный интерес. Установлено наличие паттернов восприятия и понимания текстовых и рисуночных зрительных стимулов учащимися разного возраста и степенью снижения интеллекта. Уровень интеллекта существенно влияет на параметры восприятия и понимания текстовых и рисуночных зрительных стимулов.

Структура феномена дружбы у детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью

Лаптева Анастасия Валерьевна – государственный судебный эксперт, ФБУ Северо-Западный РЦСЭ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе раскрыт и продемонстрирован анализ феномена дружбы, современные российские и зарубежные исследования по данной теме. Показаны результаты изучения структуры детской дружбы. В ходе эмпирического исследования дружба представляется как сложная структура, включающая три компонента: когнитивный, эмоционально-потребностный и коммуникативный. Такая трехкомпонентная структура характеризует своеобразие процесса общения и дружбы в условиях нормативной психики и при наличии когнитивных нарушений. Особое внимание уделено сравнительному анализу понимания основных компонентов структуры дружбы у детей с интеллектуальной недостаточностью как в младшем школьном, так и подростковом возрасте. Исследование выполнено в рамках финансирования научно-исследовательского проекта «Психофизиологические и нейролингвистические аспекты процесса распознавания вербальных и невербальных паттернов», проект Российского научного фонда № 14-18-02135.

Своеобразие инновационной деятельности в условиях частной образовательной организации «Санкт-Петербургская Монтессори-школа Михайловой»

Яковлева Екатерина Николаевна – руководитель учебного центра частной образовательной организации «Санкт-Петербургская Монтессори-школа Михайловой». Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен анализу деятельности современных частных учреждений, реализующих альтернативные педагогические технологии, в частности, использующих «метод М. Монтессори». Дана характеристика своеобразия инновационной деятельности в условиях данной организации и ее структурных подразделений.

Психолого-педагогическая технология разрешения конфликтов «Живая медиация»

Лебедева Ксения Андреевна – педагог-психолог ГБОУ гимназия № 505 Красносельского района. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлена психолого-педагогическая технология, направленная на развитие конфликтологической компетентности у всех участников образовательного процесса. Обоснована актуальность создания в образовательном учреждении эффективно работающей службы медиации. Раскрыты и проанализированы этапы работы психолого-педагогической технологии «Живая медиация». Представлены результаты деятельности службы медиации в ГБОУ гимназия № 505 по указанной технологии.

Затруднения в понимании текстов учащимися с разным уровнем интеллекта

Николаева Елена Ивановна – д.б.н., профессор кафедры возрастной психологии и педагогики семьи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Россия, Санкт-Петербург.

Морарь Ирина Талгатовна – директор Государственного бюджетного образовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 237 Красносельского района г. Санкт-Петербурга. 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. Исследование выполнено в рамках финансирования научно-исследовательского проекта «Психофизиологические и нейролингвистические аспекты процесса распознавания вербальных и невербальных паттернов», проект Российского научного фонда № 14-18-02135. Обсуждаются способности школьников выделять и обобщать смысл текста, последовательно пересказывать прочитанное. Обсуждаются особенности восприятия детьми текстов различной степени сложности и с разным форматом визуализации. В исследовании приняли участие младшие и старшие школьники с диагнозами «F70 – легкая умственная отсталость» и F83 – смешанные специфические расстройства психического развития» (по МКБ-10).

Проблема социальной адаптации детей в трудной жизненной ситуации

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

Боечко Варвара Сергеевна – педагог-организатор ОДОД ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлена программа внутришкольного сопровождения и взаимодействия с районными и городскими службами в вопросах правовой, медицинской, социальной, педагогической, психологической помощи ребенку, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации. Раскрыта актуальность организации комплексной работы классного

руководителя, социального педагога, педагогов ОДОД, администрации школы в рамках оказания помощи ребенку в трудной жизненной ситуации.

Развитие творческого мышления учащихся с ОВЗ на уроках математики в 5 классах

Андрианова Ольга Васильевна – учитель математики Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения здравоохранения «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен анализ опыта развития творческого мышления учащихся 5 классов с ОВЗ на уроках математики. Изложены основные приемы, направленные на формирование на различных этапах уроков математики таких качеств творческого мышления, как гибкость, оригинальность, глубина, рациональность, широта, критичность.

Тревожность, как фактор деструктивного развития личности младшего школьника

Генералова Надежда Александровна – учитель начальных классов ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается влияние возникновения хронической тревожности у детей младшего школьного возраста на формирование личности учащегося в рамках систематического обучения в школе. Раскрывается взаимосвязь между относительно стабильным повышенным уровнем тревожности младших школьников, связанным со страхами и переживаниями, возникающими в ситуации обучения, и влиянием атмосферы в семье и внутри семейных требований, предъявляемых родителями ребенку.

Влияние семьи, как одно из социально-психологических условий эффективности обучения младших школьников

Гладковская Елена Владимировна – учитель начальных классов ГБОУ лицей № 419. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен анализ работ педагогов и психологов по проблеме успешности обучения младших школьников. Рассматривается проблема психологической готовности к обучению в школе в контексте влияния семьи на ребенка. Раскрывается взаимосвязь между взаимоотношениями родителей и детей в семье, готовностью к систематическому обучению в школе и уровнем успешности освоения образовательной программы ребенком в начальной школе.

Влияние применения современных педагогических технологий в системе дополнительного образования на развитие познавательного интереса учащихся

Головачева Вероника Анатольевна – педагог дополнительного образования ГБОУ СОШ №567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе изложен анализ опыта использования современных педагогических технологий в работе с детьми по программе развития художественного творчества в области декоративно-прикладного искусства для развития познавательного интереса учащихся. Рассматриваются возможности использования представленных рекомендаций в работе с детьми по другим программам отделения дополнительного образования художественно- эстетической направленности.

Применение эмпирических и абстрактных задач для развития мышления учащихся с ОВЗ на уроках математики

Головачёва Галина Фёдоровна – учитель математики Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения здравоохранения «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен анализ опыта развития мышления на уроках математики учащихся 8–9 классов с ОВЗ. Рассматривается эффективность развития различных видов мыслительных операций при применении эмпирических и абстрактных задач. Представлены методические рекомендации по теме.

Развитие мотивации формирования здорового образа жизни подростков и включение их в досуговую спортивно-оздоровительную деятельность

Иванов Дмитрий Александрович – учитель физической культуры ГБОУ СОШ №567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе затронута проблема формирования мотивации соблюдения здорового образа жизни подростками. Особое внимание уделено формированию навыков ЗОЖ в досуговой спортивно-оздоровительной деятельности. Рассмотрены некоторые инновационные технологии организации этой деятельности в рамках работы отделения дополнительного образования.

Развитие коммуникативной компетенции через обучение в сотрудничестве на уроках английского языка

Иванова Юлия Сергеевна – учитель английского языка ГБОУ № 411 «Гармония». Россия, Санкт-Петербург.

Фарафонова Анна Павловна – учитель английского языка ГБОУ № 411 «Гармония». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен анализ опыта организации работы учащихся в рамках активного творческого восприятия знаний с точки зрения развития коммуникативной компетенции. Приведены основные принципы обучения в сотрудничестве. Представлены результаты использования данной технологии на уроках английского языка.

Анализ опыта развития критического мышления учащихся на уроках географии

Король Мария Николаевна – учитель географии и биологии Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения здравоохранения «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен анализ опыта развития критического мышления учащихся на уроках географии, проблемы, технологии, тенденции на примере обобщения методических рекомендаций, опубликованных в журнале «География в школе». Рассматриваются возможности использования представленных рекомендаций в работе с детьми, имеющими ОВЗ.

Возможности использования социокультурной среды для воспитания чувства патриотизма у школьников на уроках истории и обществознания

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

В докладе представлен анализ социокультурной среды Петродворцового района с точки зрения использования ее культурно-исторического потенциала для воспитания чувства патриотизма у школьников. Рассмотрены возможности организации комплексной работы учителя-предметника и классного руководителя, представлен опыт взаимодействия на примере ГБОУ СОШ № 567 в рамках уроков истории и обществознания.

Технологии организации мыследеятельности подростков на уроках литературы

Кутикова Елена Сергеевна – учитель русского языка и литературы, Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения здравоохранения «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен опыт применения методического приема «Собственный ассоциативный рисунок» на уроках литературы при работе с подростками с ОВЗ. Раскрыта и обоснована функция педагога как конструктора педагогических ситуаций нравственного воспитания, создателя кейсов, направленных на погружение учащихся в ситуацию востребованности обобщенных способов деятельности и создания ими собственных творческих продуктов с учетом возможностей здоровья данного контингента.

Тревожность, как фактор дезадаптации младшего школьника

Маспанова Екатерина Владиленовна – учитель начальных классов ГБОУ СОШ №567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается влияние возникновения хронической тревожности у детей младшего школьного возраста на формирование личности учащегося в рамках систематического обучения в школе. Раскрывается взаимосвязь между относительно стабильным повышенным уровнем тревожности младших школьников, связанным со страхами и переживаниями, возникающими в ситуации обучения, и влиянием повышения уровня тревожности на адаптацию ребенка к систематическому обучению в школе.

Особенности формирования самооценки младших школьников как основа достижения личностного результата образования

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 раскрываются особенности формирования самооценки младших школьников, которые определены социальной ситуацией, ведущим видом деятельности, психическими новообразованиями данного возраста. Отражена динамика развития самооценки учащихся от класса к классу в период начального обучения, раскрыто влияние самооценки на достижение личностных результатов образования учащимися.

Психологические особенности формирования статуса лидера у дошкольников в средних группах ДОУ

Петрусенко Антонина Геннадьевна – воспитатель ГБДОУ детского сада № 33 комбинированного типа. Россия, Санкт-Петербург.

Елатанцева Любовь Николаевна – воспитатель ГБДОУ детского сада № 33 комбинированного типа. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются психологические особенности формирования статуса лидера у дошкольников в средних группах ДОУ. Представлен анализ структуры формирования значимых лидерских черт личности в процессе общения детей, рассмотрено влияние условий образовательного учреждения, а также активности участия семьи в общественной жизни ребенка.

Развитие навыков образного мышления на уроках английского языка в начальной школе через речевые ситуации

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 особенности создания речевых ситуаций на уроках английского языка в начальной школе. Представлен анализ эффективности метода с точки зрения влияния на вовлечение учеников в активную речевую деятельность, развития образного мышления и влияния на заинтересованность учащихся при использовании различных по тематике речевых ситуаций.

Особенности проявления тревожности у детей старшего дошкольного возраста

Сорокина Наталья Владимировна – воспитатель ГБДОУ детского сада № 16 общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по физическому развитию детей. Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен проблеме тревожности в дошкольном возрасте. Обозначены позиции ученых относительно причин возникновения и особенностей проявлений тревожности у детей старшего дошкольного возраста. Представлены данные проявления тревожности у дошкольников старшей возрастной группы.

Использование активных методов обучения в начальных классах для преодоления эмоциональной ригидности учащихся начальных классов с травмой опорно-двигательного аппарата

Ткачёва Валентина Владимировна – учитель начальных классов, Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения здравоохранения «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается проблема эмоциональной ригидности учащихся начальных классов с травмой опорно-двигательного аппарата. Представлен опыт использования активных методов обучения, таких как ролевые игры, мозговой штурм, дискуссия, дебаты для формирования умения самостоятельно мыслить, умения доказывать, обсуждать, быть в диалоге, умения убеждать собеседника и публично представлять свои выводы. Раскрыто влияние данных форм на изменения эмоционально состояния и развития речи учащихся.

Влияние учебной мотивации на адаптацию к школе в младшем школьном возрасте

Уголькова Инна Валерьевна – учитель начальных классов ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

Скрябина Ирина Александровна – учитель начальных классов ГБОУ СОШ № 567. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе раскрывается проблема учебной мотивации и адаптации школьников 1–4 классов. Отражена динамика зависимости учебной мотивации и школьной адаптации учащихся младших классов, раскрыто влияние психологического климата в семье на самооценку, адаптацию и достижение образовательных результатов учащимися.

Развитие познавательного интереса у учащихся с ОВЗ на уроках математики

Ферт Наталия Николаевна – учитель математики Санкт-Петербургского Государственного Бюджетного Учреждения здравоохранения «Восстановительный центр детской ортопедии и травматологии «Огонёк». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлен обзор публикаций по проблеме развития познавательного интереса у учащихся с ОВЗ на уроках математики. На примере седьмых классов представлен опыт использования в контексте урока логических разминок, творческих заданий, работы поискового и исследовательского характера, использование на уроках ИКТ. Изложены методические рекомендации по теме.

Модель психолого-педагогического сопровождения развития детей дошкольного возраста в образовательном процессе ДОУ «Шаг за шагом»

Липина Вера Викторовна – педагог-психолог ГБОУ прогимназия № 677 Выборгского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлено описание модели психолого-педагогического сопровождения развития ребенка в образовательном процессе ДОУ. На основе анализа теоретических положений и концептуальных подходов к развитию ребенка дошкольного возраста были определены основные направления деятельности педагога-психолога, проблемы и возрастные ориентиры развития ребенка, формы и методы оказания психологической помощи детям в решении личностных проблем, родителям и педагогам по вопросам развития и воспитания детей.

Особенности эмотивного компонента альтернативной коммуникации у подростков с легкой умственной отсталостью

Ковалева Валерия Алексеевна – студентка 1 курса магистратуры (направление «Психология специального образования») ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен описанию исследования эмотивного компонента альтернативной коммуникации у подростков с легкой умственной отсталостью и у подростков с нормальным уровнем интеллектуального развития (сравнимая группа). Исследование выполнено в рамках финансирования научно-исследовательского проекта «Психофизиологические и нейролингвистические аспекты процесса распознавания вербальных и невербальных паттернов», проект Российского научного фонда № 14-18-02135. Альтернативная коммуникация в докладе представлена как опосредованное общение через различные коммуникаторы. Проблема рассматривается с точки зрения использования компенсаторных механизмов в процессе альтернативной коммуникации (смайлики, эмоджи, стикеры и т.д.) как замены невербальных проявлений. Также в докладе рассматривается вопрос о связи уровня эмоционального интеллекта с особенностями эмотивного компонента альтернативной коммуникации у подростков.

Влияние альтернативной коммуникации на понимание текстов детьми с дислексией

Скуратова Ксения Андреевна – студентка 1 курса магистратуры (направление - «Психология образования») ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящён исследованию взаимосвязи между восприятием и пониманием текстов с различным форматом визуализации. Исследование выполнено в рамках финансирования научно-исследовательского проекта «Психофизиологические и нейролингвистические аспекты процесса распознавания вербальных и невербальных паттернов», проект Российского научного фонда № 14-18-02135. В экспериментальную группу включены учащиеся второго класса с дислексией, в контрольную группу – второклассники с нормально сформированными навыками чтения. В качестве методов используется экспертная оценка понимания, метод эксперимента и аппаратный метод для исследования глазодвигательной активности в процессе чтения (количество фиксаций, длительность саккад, тепловые карты), скорость чтения.

Особенности переживания психической травмы (на примере исследований в Болгарии и России)

Защиринская Оксана Владимировна – д.пс.н., доцент кафедры педагогики и педагогической психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», научный руководитель Информационно-консультационного центра «Психометрика», действительный член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

Кирилова Веселина Дамянова – студентка 2 курса магистратуры (направление - «Консультационная психология») ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Болгария – Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен результатам изучения особенностей переживания травмы межличностных отношений у взрослых в Болгарии и в России. На основе анализа современных литературных первоисточников выделены специфические особенности кумулятивной травмы межличностных отношений, а также выявлена этнопсихологическая специфика психологической травматизации. Эмпирическое исследование позволило описать основные параметры переживания травмы межличностных отношений. Выполнен сравнительный анализ параметров переживания травмы межличностных отношений у взрослых из Болгарии и России. Получены достоверно значимые результаты изучения особенностей психического состояния у взрослых, которые пережили травму межличностных отношений.

Симпозиум:

«КО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

Аудитория № 4, 10.00-12.30

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: **Костромин Светлана Николаевна (Россия, Санкт-Петербург)** – д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой психологии личности СПбГУ, Президент Санкт-Петербургского общества.

ПРЕЗИДИУМ: **Зиновьева Елена Викторовна (Россия, Санкт-Петербург), Беркалиев Тимур Ниязбекович (Россия, Санкт-Петербург)**

Экзистенциально-символический подход при подготовке психолога-консультанта

Кораблина Елена Павловна – д.пс.н., профессор кафедры психологии профессиональной деятельности института психологии РГПУ им. А. И. Герцена. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается опыт применения ко-консультирования в процессе подготовки психологов помогающей деятельности. Основное внимание уделяется формированию психологической готовности к выполнению профессиональной роли психолога-консультанта на основе экзистенциально-символического подхода.

Ко-терапия в психологическом консультировании семей и супружеских пар, возможности и ограничения (15 мин.)

Ванкон Александр Игоревич – семейный психотерапевт, член Балнтовой Ассоциации (Россия), ICEEFT, Альянса помогающих практик ПроБоно и координационного совета Санкт-Петербургского сообщества специалистов, помогающих семьям, руководитель Центра психологической помощи семье. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе будут рассмотрены практические и теоретические аспекты семейного психологического консультирования в ко-терапии. Данное направление практики семейного психолога может как обогащать, так и сводить к минимуму терапевтическое воздействие на обратившуюся за помощью семью или супружескую пару. Для иллюстрации будут обсуждаться некоторые «ловушки нейтральности», специфичные для ко-терапии.

Ко-консультирование в психологической службе ВУЗа (20 мин.)

Зиновьева Елена Викторовна – к.пс.н., доцент кафедры психологии личности ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; научный руководитель Психологической клиники СПбГУ, Россия, Санкт-Петербург.

Искра Наталья Николаевна – к.пс.н., доцент кафедры психологии образования и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается опыт применения ко-консультирования как обучающей технологии в психологической службе ВУЗа. Описывается практика использования ко-консультирования в сфере психологической помощи, его особенности и преимущества. Обсуждается специфика применения ко-консультирования в области подготовки психологов консультантов.

Опыт подготовки обучающихся с применением технологии ко-консультирования (15 мин.)

Салитова Марина Валерьевна – старший преподаватель кафедры психологии личности Санкт-Петербургского государственного университета, специалист Службы психологической помощи Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, Санкт-Петербург.

Сивуда Оксана Александровна – ассистент кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения Санкт-Петербургского государственного университета, специалист Службы психологической помощи Санкт-Петербургского государственного университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается опыт подготовки обучающихся в тьюторской группе на базе Психологической клиники СПбГУ (Санкт-Петербургского государственного университета). Программа обучения включает в себя два важных направления: первое – отработка навыков психологического консультирования, второе – приобретение навыков ко-консультирования.

Ко-консультирование в психологической службе: опыт личного проживания (15 мин.)

Проскурякова Елизавета Александровна – аспирант факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, стажер Психологической клиники СПбГУ. Россия, Санкт-Петербург.

Ширяев Дмитрий Игоревич – аспирант факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, стажер Психологической клиники СПбГУ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе описывается личный опыт прохождения обучения посредством ко-консультирования. Приводятся случаи, иллюстрирующие особенности установления контакта и протекания процесса консультирования, при условии работы ко-консультанта совместно с ведущим консультантом.

Психологические основания выбора стратегий в кризисном консультировании (15 мин.)

Беркалиев Тимур Ниязбекович – к.п.с.н., доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ, ведущий консультант службы психологической помощи отделения психологической клиники СПбГУ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются психологические основания выбора стратегий консультирования клиентов, переживающих острую кризисную ситуацию, в зависимости от типа кризиса. Обосновываются способы совладания с кризисной ситуацией, выбор наиболее необходимых психологических ресурсов и эффективных инструментов консультирования. Рассматриваются принципиальные отличия работы с острым кризисом и отдаленными последствиями переживания кризиса. Обсуждается консультирование психически здоровых клиентов.

Секционное заседание: «ГЕШТАЛЬТ ТЕРАПИЯ» Аудитория № 3, 13.15-15.30

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Петрова Елена Юрьевна (Россия, Санкт-Петербург), Кондуров Сергей Викторович (Россия, Санкт-Петербург), Старостин Олег Альбертович (Россия, Санкт-Петербург)*

Гештальт-подход в комплексной терапии реактивных депрессий невротического уровня

Кондуров Сергей Викторович – врач-психиатр, психотерапевт, директор ООО «Интегративный институт гештальт-тренинга», член РПА, член Европейской Ассоциации гештальт-терапии (EAGT). Россия, Санкт-Петербург.

В настоящее время депрессивные расстройства различного генеза довольно широко распространены. По данным ВОЗ, каждый второй взрослый в течение жизни встречается с клинически очерченным эпизодом депрессии. Современный биопсихосоциальный подход к терапии нервно-психических и поведенческих расстройств предполагает использование психотерапии наряду со специфической фармакотерапией, использованием иных биологических методов и коррекцией социальной ситуации человека. Доклад посвящён рассмотрению гештальт-терапии (ГТ) как одного из подходов в психотерапии депрессивных расстройств преимущественно реактивного генеза. Депрессивный опыт рассматривается в рамках методологии ГТ как реляционный (имеющий истоки в интерперсональных отношениях) феномен, неотделимый от социально-психологической ситуации страдающего человека. Кратко обозначены основные фокусировки психотерапевта и возможные риски при работе с данной категорией пациентов.

Влияние семейных тайн на формирование тревожного расстройства в гештальт парадигме

Шляхетко Елена Владимировна – к.м.н., врач-психотерапевт Системы клиник «МЕДИ», старший преподаватель Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского, член Европейской ассоциации гештальт-терапии (EAGT), сертифицированный специалист по позитивной психотерапии (Германская ассоциация позитивной психотерапии) и по гештальт-терапии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается влияние семейной тайны на полевые процессы в семье. Обсуждаются нарушения цикла контакта и особенности функционирования селф у того, кто владеет тайной и у того, кто не владеет ей. Рассматриваются сложности их взаимодействия в семье. На клиническом примере обсуждается психогенез формирования тревожного расстройства у пациента, который не владеет семейной тайной. Обсуждаются основные контрпереносы в терапевтических отношениях. Тактики работы.

Роль сенсомоторной мануальной активности и динамика образов телесных ощущений в Осознании

Старостин Олег Альбертович – к.м.н., врач-психотерапевт, действительный член и руководитель модальности «Песочная терапия» ОППЛ, Президент Ассоциации песочной терапии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе будет представлено, каким образом в плассотерапии (авторский метод применения подвижного песка в психотерапии) повышается осознанность по запросу клиента, интегрируется прочувственное ощущение и формируется гештальт в проекции неосознаваемого телесного опыта.

Искусство XX века через призму гештальт терапии

Юртайкина Тамара Юрьевна – психолог, тренер-стажер Интегративного института гештальт-тренинга, преподаватель Института практической психологии «Иматон». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается применение ключевых понятий гештальт-терапии (контакт, осознание, диалог, актуальный опыт, эксперимент и пр.) как базиса для восприятия искусства XX века. Обсуждается связь произведений искусства и их интерпретации. Рассматривается рэди-мейды Марселя Дюшана как пример создания произведений в XX веке. Обсуждается диалогичность «нового» искусства. Обсуждается возможность использования приемов и форм современного искусства для практики работы психолога? Диалогичность парадигмы современного искусства как повод к терапевтическому диалогу.

Театральная личность: гештальт подход в работе с пациентами с истерическим опытом

Староборова Наталья Владимировна – гештальт-терапевт, преподаватель Интегративного института гештальт тренинга, преподаватель института «Иматон». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе предлагается взгляд на истерически организованный опыт пациентов с точки зрения гештальт-подхода. Истерический опыт рассматривается через призму основного симптома имитации как способа избежать фрустрации желания в контакте со средой. Также в докладе дается представление о Self человека с истерическим опытом. Обсуждаются возможности гештальт-терапии с людьми с истерическим опытом, а также последовательность и специфику этапов психотерапевтической работы с ними.

Проблема адаптации мигрантов. Исследование самоотношения временных мигрантов, постоянных мигрантов и резидентов, принадлежащих единой этнической и возрастной группам

Кучанская Анна Васильевна – психолог, гештальт-терапевт, заместитель директора по связям с общественностью ЧОУ ДПО «Высшая школа психосоциальных технологий управления».

Каковы особенности ассимиляции временных мигрантов? Схожи они или отличаются от особенностей ассимиляции постоянных мигрантов? Насколько отличается самоотношение тех и других от самоотношения людей, родившихся и выросших в Санкт-Петербурге? Сравнение показателей самоотношения трех групп ответят на эти вопросы.

Сравнение мотивов и ценностей представителей данных групп может являться отправной точкой в прогнозе как развития деятельности сферы, так и сферы отношений и частично, развития той и другой сфер в проекции времени. Данные, полученные при исследовании вопроса, можно использовать при планировании обучающих, помогающих адаптационных программ и прогнозировании необходимости подобных проектов, для разработки тренинговых и консультационных занятий, целью которых будет повышение адаптационных возможностей мигрантов.

Использование ситуационно-интеракционного подхода для работы с динамическим гештальтом ситуации в консультировании

Петрова Елена Юрьевна – психолог, гештальт-терапевт, член Европейской ассоциации гештальт-терапии (EAGT), директор по развитию Интегративного института гештальт тренинга, преподаватель института «Иматон». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается возможность использования ситуационного подхода в работе с клиентами. В основе ситуационного подхода лежит диалоговая модель терапии. Возможность использования трех базовых идей практики гештальт-подхода (осознание, актуальность и ответственность) должна быть рассмотрена на нескольких уровнях ситуации. Как правило, мы можем различить и использовать феномены как минимум пяти уровней в динамически переживаемом гештальте ситуации, а именно: уровень физической реальности, уровень эмоциональных и физиологических реакций, уровень личностного опыта, уровень социально-группового взаимодействия и культурно-нормативный уровень. Осознанность и свобода творческого решения и творческого приспособления на каждом из этих уровней или, наоборот, отсутствие такой свободы указывает на возможные фокусировки и направления работы для решения проблемы клиента.

Гештальт-психология здоровья

Фрейдинова Дарья Александровна – медицинский психолог, гештальт-терапевт, супервизор, член Европейской ассоциации гештальт-терапии (EAGT), тренер и учебный терапевт Интегративного института гештальт тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается тема здоровья с точки зрения гештальт-подхода. Описываются признаки здоровья человека, где здоровье понимается как динамический процесс. Обозначаются практические фокусировки при психологическом консультировании: что мешает человеку быть здоровым или выздоравливать, если человек заболел.

Секционное заседание: «ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ» Аудитория № 6, 15.00-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Ванновская Ольга Васильевна (Россия, Санкт-Петербург), Богданович Виталий Николаевич (Россия, Санкт-Петербург)

Психотерапия и супервизия: практики в поисках интегративной методологии (теоретико-методологических оснований)

Залевский Генрих Владиславович – д.пс.н., профессор, член-корр. РАО, заслуженный деятель наук РФ, президент Балтийской ассоциации бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования, профессор Балтийского федерального университета им. И.Канта и Национального исследовательского Томского государственного университета. Россия, Калининград-Томск.

В докладе обсуждается вопрос о необходимости и возможности формулирования интегративных теоретико-методологических оснований разных психотерапевтических подходов и психологических супервизий. Автор пытается аргументировать, что это необходимо и возможно при условии включения в их теоретико-методологические основания прежде всего двух позиций: антропологической психологии и целостно-ценностной парадигмы (биопсихосоциоэтической / духовно-нравственной модели природы человека и его здоровья).

«Трудно быть троллем». Особенности психодинамических процессов в терапии пограничного расстройства личности: взгляд через амплификацию сказки «Подмыш»

Савкина Светлана Борисовна – аналитический психолог, юнгианский аналитик. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе отражен опыт психотерапевтической работы с пациентом, имеющим пограничное расстройство психики. Понимание явных и скрытых психодинамических процессов терапии осмыслено через амплификацию (метод аналитической психологии, введенный в практику К.Г.Юнгом) сказки Сельмы Лагерлёф "Подмыш" о маленьком тролле, с опорой на эмпирию и исследования К.Г. Юнга и других признанных авторов психоанализа и аналитической психологии. Рассмотрены цель феномена примитивной психологической защиты (расщепления), формирующейся при пограничном расстройстве; точки особой уязвимости пациента и терапевта в общей динамике терапевтического процесса. Выявлены основные факторы, способствующие «запуску» процесса индивидуации - возрождения в новом интегрированном психическом качестве.

Способ коррекции психического состояния. Патент. Кейсы

Поташевская Татьяна Геннадьевна – эксперт-интегральный социальный педагог, педагог-психолог, председатель РОО «Говоровский исследовательский центр «Человек – среда -- общество». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе на конкретных примерах рассматривается профилактика дидактопатии с помощью рассказчицких методов. Создание повторной ситуации «рассказчик - слушатель» позволяет повысить эффективность коррекции психического состояния. Способ запатентован.

«Молчит наука...». Специалисты помогающих профессий как группа повышенного риска

Богданович Виталий Николаевич – врач, психолог высшей категории, лауреат гранта РАО по изучению измененных состояний сознания, писатель, создатель многочисленных тренингов, ученый-исследователь в области малых и сверхмалых полей и взаимодействий, действительный член Балтийской Педагогической академии и сотрудник Высшей методологической школы РАО РФ, действительный член Ассоциации трансперсональной психологии, член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

Идея профессионализации сообщества предполагает расширение и углубление знаний о том, а кто, собственно говоря, есть профессионал, и как им можно стать. В качестве побочного явления возникает проблема повышения чувствительности и эмпатии у специалиста, работающего в близком контакте с себе подобным.

Традиционно сложившийся опыт обучения и развития профессионального мастерства построен, в основном, на подаче дидактического материала, а не на становлении творческого подхода к его развитию. Рано или поздно мы становимся свидетелями удручающих последствий такого подхода.

Преобладающая особенность всех помогающих профессий – отрицание проблем, связанных с личным здоровьем. Вот они и являются группой риска по подверженности к профессиональному эмоциональному выгоранию. Среднестатистический врач в США живет 58 лет, а обычный житель США — 75,5 лет. Люди, обученные лечить, проводить профилактику, оздоравливать, пропагандировать, продлевать жизнь, умирают раньше своих пациентов. Они являются заложниками выбранной ими профессии.

Проблемы формирования профессиональной позиции психолога в процессе получения высшего образования

Ванновская Ольга Васильевна – к.пс.н., доцент кафедры педагогики и педагогических технологий Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются проблемы становления профессиональной позиции студентов-психологов в условиях кризиса высшего профессионального образования. Дается определение понятиям: профессиональные границы, профессиональная компетентность, профессиональная ответственность, профессиональная позиция. Обсуждается необходимость профессионального отбора для студентов-психологов, а также возможности психологической деонтологии в рамках профессионального психологического сообщества.

Психологическая работа с агрессией. Социализация или терапия

Вараева Надежда Валерьевна – к.пс.н., декан психологического факультета Нижегородского филиала Гуманитарного института (г. Москва). Россия, Нижний Новгород.

В докладе рассматривается опыт психологической работы с агрессией в социально-реабилитационном центре. Показаны варианты использования настольной игры «Лепешка» для терапии и социализации агрессии у детей и подростков.

Экзистенциальные установки и переживание трудной жизненной ситуации, связанной с жизнеугрожающим заболеванием ребенка

Александрова Ольга Викторовна – к.пс.н., психолог подразделения паллиативной помощи Автономной некоммерческой организации "Детский хоспис". Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается предположение о том, что в трудной жизненной ситуации (ТЖС), связанной с тяжелой болезнью ребенка, переживание осмысленности жизни близких родственников ребенка будет связано с оценкой текущей ситуации и иметь определенную доминантную направленность. Экзистенциальные мотивации рассматриваются как доминирующие позиции в субъективном описании исследуемой ситуации. Под доминирующей позицией подразумевается направленность на себя, семейные ценности, окружающий мир или акцент на текущей ситуации. Рассматривается гипотеза о том, что разные экзистенциальные доминанты могут образовывать разные симптомокомплексы переживания в данной ТЖС.

Аспекты психологической работы с людьми, пострадавшими внутри макросоциальных потрясений

Иванова Екатерина Леонтьевна – магистр педагогических наук, психолог, гештальт-терапевт, руководитель Центра гештальт-терапии «Социальный лифт», член координационного совета Гильдии психотерапии и тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе упоминаются Комиссии «правды и примирения», в первую очередь – Нюрнбергский процесс. Обсуждаются этапы ущемления прав человека во время макросоциальных потрясений: от некоторых притеснений до событий геноцида. Рассматривается типизация клиентов, обращающихся за такого рода помощью: агрессор, жертва, свидетель притеснений и их потомки. Предлагается алгоритм индивидуальной работы с каждой категорией. Приводятся этапы работы психолога с клиентом по восстановлению особо уязвимых видов идентичности: национальной, гражданской, этнической.

О способности устанавливать в отношениях близость, как основе самодостаточности и психологического здоровья

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

В докладе будут рассмотрены составляющие психологического здоровья, которые охватывают личность в целом. Это способность достигать, поддерживать, восстанавливать равновесие между эмоциональными, поведенческими, социальными, интеллектуальными и инстинктивными процессами.

Роль психических состояний в учебной деятельности и воспитании обучающихся

Красноеский Валерий Николаевич – к.п.н., доцент Военно-космической академии имени А.Ф. Можайского. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе определяется роль психических состояний в современном учебно-воспитательном процессе. Психические состояния являются постоянным объектом живой практики, они играют важную роль в качестве базового элемента группового взаимодействия в разных ситуациях и выступают важным инструментом трансляции жизненного опыта от группы к группе, от поколения к поколению в передаче ценностей культуры, их сохранении и накоплении. Человек не может быть безразличен к своему духовному миру и процессам, которые в нем постоянно происходят. Психические состояния, являясь фоновым компонентом всех видов деятельности человека и имея неоднородность строения, а также через текучесть во времени, оказались значительно более сложным объектом для психологического анализа, чем составляющие познавательной сферы. Они играют важную роль в возникновении мотивов-генераторов активности человека. Собственно, процессы воспитания и обучения основываются на транслировании психических состояний от преподавателя к обучающемуся; фактически это означает поиск путей введения воспитанников в соответствующие ситуации психические состояния, необходимые для концентрации внимания на учебной ситуации, обеспечения эмоционального тонуса и уровня физического комфорта.

Опыт бессилия, как этап психотерапии

Гоглев Сергей Николаевич – психолог, руководитель проекта «Пончик для психологов», преподаватель Санкт-Петербургского Института Гештальта. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается феномен бессилия в контексте психотерапевтического взаимодействия. Обобщаются различные подходы к работе с отчаянием. Предлагается уровневая модель переживания бессилия, изучаются аспекты бессилия как клиента, так и консультанта.

Проблема тревоги в эволюционном и культурно-историческом аспектах

Журавлева Юлия Валерьевна – клинический психолог, специалист ООО «Психологический центр на Волхонке», научный сотрудник Отдела психолингвистики Института языкознания Российской академии наук. Россия, Москва.

Доклад посвящен проблеме интеграции эволюционного и культурно-исторического подходов к объяснению сущности тревожных расстройств. Описываются методологические особенности обоих подходов. Обсуждаются понятия «биологическая реальность» и «символическая реальность».

Позитивная психотерапия как инструмент профессионального и личностного развития специалистов в сфере помогающих профессий

Смирнова Светлана Викторовна – к.п.н., доцент Амурского государственного университета, преподаватель Международной Академии Позитивной Психотерапии (Висбаден, Германия), руководитель Амурского регионального отделения и супервизор Российской психотерапевтической ассоциации. Россия, Благовещенск.

В докладе рассматривается опыт подготовки специалистов в сфере клинической психологии в классическом вузе, согласно ФГОС. Раскрываются возможности применения инструментов позитивной психотерапии в ходе овладения профессиональными компетенциями. Акцентируется необходимость ранней интеграции молодых специалистов в профессиональное сообщество и среду. Описывается специфика проведения супервизий с акцентом на опыт терапевтических отношений.

Преодоление регрессии при стрессе с помощью моделирования опорных вероятностей в рамках новой теории опорности систем

Долгих Виктория Витальевна – к.б.н., директор АНО «Центр оказания психологических услуг населению «Опора». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается новая теория опорности систем, связывающая воедино психофизиологические процессы психики. Дается новое представление структуры психики. Обсуждается способ преодоления регрессии при стрессе с помощью моделирования опорных вероятностей для достижения психического баланса. Рассматривается применение опорного аудита личности с целью диагностики психического дисбаланса по ключевым опорам. Обсуждаются возможности опорной психотерапии.

Адаптация магистрантов в ВУЗах по направлению подготовки «Техносферная безопасность»

Шарт Александра Евгеньевна – м.н.с. Научно-клинического и образовательного центра "Психотерапия и клиническая психология", института Высоких медицинских технологий Санкт-Петербургского Государственного Университета. Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен исследованию процесса социально-психологической адаптации магистрантов первого года обучения направления подготовки «Техносферная безопасность» к культурно-образовательной среде Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого. Установлено, что адаптация протекает с затруднениями, что отрицательным образом сказывается на успеваемости студентов. Проведены психокоррекционные мероприятия, способствующие адаптации и направленные на профилактику девиантного поведения и употребления ПАВ.

**Секционное заседание:
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»
Аудитория № 6, 10.00-14.45**

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Блох Мария Евгеньевна (Россия, Санкт-Петербург), Ялов Анатолий Михайлович (Россия, Санкт-Петербург)

Взаимосвязь проявлений «эмоционального выгорания» и показателей смысложизненных ориентаций у родственников больных с аддиктивными расстройствами

Бочаров Виктор Викторович – к.п.с.н., доцент, руководитель лаборатории клинической диагностики и психодиагностики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, заведующий кафедрой клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Россия, Санкт-Петербург.

Шишкова Александра Михайловна – к.п.с.н., с.н.с. лаборатории клинической диагностики и психодиагностики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются вопросы, связанные с методологией изучения психологии родственников больных с хроническими заболеваниями, в частности, анализируется опыт использования и возможности применения концепции «эмоционального выгорания» для описания процессов, происходящих с родственниками больных соматическими, психическими и аддиктивными расстройствами. Обсуждаются результаты исследования феноменов «эмоционального выгорания» и их взаимосвязи с показателями смысложизненных ориентаций у родственников пациентов, страдающих аддикцией.

Психодиагностические возможности опросника невротической личности KON-2006

Исурина Галина Львовна – к.п.с.н., доцент Санкт-Петербургского государственного университета, член Российского психологического общества, член Российской психотерапевтической ассоциации. Россия, Санкт-Петербург.

Грандилевская Ирина Владимировна – к.п.с.н., доцент Санкт-Петербургского государственного университета, член Российского психологического общества. Россия, Санкт-Петербург.

Тромбчиньски Петр Крыстиан – к.п.с.н., ассистент Санкт-Петербургского государственного университета, член Российского психологического общества. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается опыт использования новой методики для изучения и оценки выраженности невротических черт личности. Обсуждаются результаты эмпирического исследования, демонстрирующие психодиагностические возможности «Опросника невротической личности KON-2006». Рассматриваются перспективы использования методики в ходе психотерапии как для выявления индивидуальных терапевтических мишеней, так и оценки эффективности психотерапевтических вмешательств.

Психотерапевтическая помощь больным шизофренией

Ялов Анатолий Михайлович – к.п.с.н., доцент факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается развитие психотерапии за период полувека. Обсуждается место психотерапии в помощи больным с диагнозом шизофрения. Рассматриваются возможности современных психотерапевтических методов как помощь в разрешении кризисов и ресоциализации. Обосновывается актуальность ревизии ограничительного шаблона – направленности психотерапии преимущественно на задачи психопрофилактики и реабилитации.

«Болевые точки» организации психологической помощи в системе онкологических диспансеров

Прощенко Светлана Александровна – медицинский (клинический) психолог, руководитель психологической службы СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются некоторые противоречия содержания профессиональной деятельности медицинских психологов и нормативно-правовой базы в медицинской системе оказания психологической помощи онкологическим пациентам.

Терапевтические стратегии при работе с пациентами, состоящими в симбиотических семейных отношениях

Лемешко Константин Александрович – врач-психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии. Россия, Москва.

Васильева Анна Владимировна – д.м.н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», доцент кафедры психотерапии СЗГМУ им. И.М. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности клинического взаимодействия со взрослыми пациентами, находящимися в патологической зависимости от своего родителя. Представлен подробный анализ особенностей поведения и взаимодействия 31 подобной пары. В центре внимания находится психиатрическая и психотерапевтическая парадигмы оказания помощи подобным пациентам в амбулаторных условиях.

Спектр психологических защитных механизмов у лиц пожилого возраста с умеренными когнитивными нарушениями

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

В докладе сообщается об исследовании психологических защитных механизмов пожилых людей с умеренными когнитивными нарушениями. Приводятся полученные результаты о ведущих психологических защитных механизмах и корреляционных взаимосвязях между этими защитами и психологическими показателями исследуемой группы.

Психогенное переедание – все, как есть

Фомичева Мария Валерьевна – клинический психолог отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

Караваяева Татьяна Артуровна – д.м.н., руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель образовательного направления «психотерапия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Вице-президент Российской Психотерапевтической ассоциации. Россия, Санкт-Петербург.

Отрощенко Ольга Николаевна – член Ассоциации эндокринологов Санкт-Петербурга, врач-эндокринолог ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента РФ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается понятие психогенного переедания, его критерии и отличия от алиментарного ожирения. Обсуждаются причины формирования данного вида нарушения пищевого поведения. Анализируются основные психологические черты пациентов, страдающих психогенным перееданием. Предъявляются диагностические инструменты для выявления данного расстройства. Рассматриваются основные подходы и этапы психотерапии.

Современное материнство – искажение или развитие?

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

Доклад посвящен теме появления в современном обществе новых тенденций («отложенное» материнство, «виниловые дети», childfree) в реализации родительских, в частности материнских, проявлений. Изменение ценностей родительства, тенденция мыслить крайностями (идеализация или обесценивание) в отношении материнства, дефицитарное и девиантное материнство оказывают стойкое воздействие как на каждого человека, так и на общество в целом, на социальное поведение, взаимодействие, отношение.

Выявление «суицидальной уязвимости» в молодежной среде

Ковшова Ольга Степановна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии ФГБОУ ВО СамГМУ, заведующая отделением клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. Россия, Самара.

В докладе рассматриваются факторы риска суицидального поведения в молодежной среде, мониторинг психоэмоционального состояния молодых людей для выявления «суицидальной уязвимости» с опорой на системный подход в изучении личности. Основными факторами суицидального риска в молодежной среде являются: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, нарушение временной перспективы, гипотимия, тревожность, отклоняющееся поведение, а также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, восприятие мира и окружающих как враждебных, глобальный страх неудач и поражений в будущем.

Применение музыкальной терапии в работе с пациентами с острыми психическими расстройствами

Новикова Лилия Михайловна – канд. искусствоведения, клинический психолог, музыкальный терапевт, музыкант-мультиинструменталист. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются способы и методы музыкальной терапии в современной системе помощи взрослым пациентам с острыми психическими расстройствами. Возможные результаты работы музыкального терапевта.

Системная психодиагностика и психотерапия пациентов с хронической ишемией мозга

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

В докладе рассматриваются индивидуально-психологические и социально-средовые особенности пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Дается определение системной психодиагностики ранней стадии хронической ишемии мозга. Обсуждается четырехэтапный алгоритм ведения данного контингента больных с использованием биопсихосоциального подхода. Рассматривается психотерапия пациентов с хроническим сосудистым заболеванием головного мозга.

Танцевально-двигательная психотерапия при невротических расстройствах (психомоторика тревожности)

Рамос Валерио Луис Эльмер – врач-ординатор Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета. Перу. – Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются особенности применения метода танцевально-двигательной психотерапии при невротических расстройствах. Дается определение понятию «тревога» и «тревожность». Раскрываются техники работы танцевального терапевта. На видео-примерах танцевальных импровизаций пациентов с невротическими расстройствами проводится клинический анализ их психомоторного состояния.

Роль психологической помощи в профилактике эмоционального выгорания у врачей акушеров и акушерок родильного дома

Боязитова Татьяна Даниловна – ст. преподаватель Восточно-Европейского института психоанализа, психолог роддома №9, руководитель специализации «Практическая перинатальная психология» при Восточно-Европейском институте психоанализа. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются основные причины, способствующие профессиональному эмоциональному выгоранию медицинских работников родильных домов. Предлагается анализ роли различных видов психологической помощи врачам и среднему мед. персоналу в структуре комплексных мероприятий, направленных на повышение стрессоустойчивости медицинских работников и профилактику симптомов СЭВ.

Нейро-лингвистическое программирование (NLP-t) как мета-стратегия моделирования эффективных методов психотерапии, используемых в клинической медицине

Бражников Александр Викторович – директор НОУ ДПО «Санкт-Петербургский Психосоматический Медицинский Институт», руководитель «Объединённой научно-исследовательской секции психосоматической медицины» ОППЛ-СПб ПСМИ, врач-психиатр, врач-психотерапевт, сертифицированный Френком Пьюселиком НЛП-тренер. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе, в парадигме нейро-лингвистического программирования будет представлена 6-ти шаговая модель психоэтиопатогенеза, обуславливающая рецидив и рестимуляцию невротического или психосоматического телесного симптома.

Будет кратко предоставлена НЛП-Модель копинг-стратегического процесса трансформации и перевода энергии чувства тревоги и ретрофлексивно направленной агрессии в невротический или соматический симптом.

Исходя из выявленных и смоделированных клинко-психологических закономерностей, будет предоставлен Протокол клинической тактики и стратегии обретения пациентом состояния стойкой ремиссии при течении невротического, психосоматического или общесоматического заболевания методами НЛП-терапии (NLP-t).

Психосоматический подход в лечении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Новиков Сергей Владимирович – психолог, действительный член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

Зубова Кетеван Нугзаровна – врач, челюстно-лицевой хирург, ведущий специалист медицинского центра «Асгард» по лечению дисфункций височно-нижнечелюстного сустава и кранио-мандибулярных нарушений. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается психосоматический подход в лечении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Комплексный подход в работе клиники позволяет отрабатывать сложные патологические состояния, имеющие отражение на всём организме пациента. Слушателям будут представлены методы и техники в работе психолога по выявлению первопричины и устранению дисфункции организма и, как следствие, по устранению болезненного тонуса мышц, что само по себе решает ряд проблем и способствует эффективной работе с пациентом других врачей и специалистов клиники. Представлен наглядный материал.

Современная психосоматическая медицина и психосоматическая психотерапия: теоретические и практические аспекты

Васютин Александр Михайлович – врач-психотерапевт медицинского центра «Белтико», писатель, действительный член ОППЛ, тренер регионального уровня ОППЛ. Россия, Москва.

В докладе дается определение психосоматической психотерапии. Рассматривается состояние психосоматической медицины в России и ее взаимодействие с традиционной медициной. Обсуждается приоритетность состояний Краха, Страха и Вины, которые возникают у человека в процессе взаимодействия с миром и значимыми для него людьми, в

возникновении психосоматозов и психосоматических расстройств. Предлагается психосоматический сбор анамнеза, который позволяет быстро найти запустившие психосоматизацию события его жизни. Рассматриваются методы психотерапевтической коррекции, которые помогают человеку смириться с Крахом, избавиться от Страх и найти рациональные доводы для избавления от Вины.

Новая технология разработки и валидизации многомерных опросников личности в клинической психодиагностике на основе метрической системы Раша

Ассанович Марат Алиевич – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии Гродненского государственного медицинского университета. Республика Беларусь, Гродно.

В докладе рассматриваются принципы использования метрической системы Раша в разработке многошкальных методик клинической психодиагностики. Подчеркивается значение данной системы как единственной современной технологии, позволяющей разрабатывать высокоточные и валидные психодиагностические инструменты. Демонстрируется разработка и валидизация пятифакторного опросника личности в рамках дименсионального подхода. Проводится валидизация категориальной классификации расстройств личности на примере методики клинической оценки расстройств личности. Проводится сравнительная оценка факторного анализа и метрической системы Раша в определении дименсиональной структуры личностных расстройств.

Методы коррекции алекситимии в работе медицинского психолога

Побединская Ирина Викторовна – медицинский психолог узловой больницы на станции Выборг ОАО «РЖД», аспирантка Санкт-Петербургской академии постдипломного педагогического образования. Россия, Выборг.

В докладе рассматриваются понятие алекситимии, возможные причины ее возникновения: органические, функциональные, педагогические, психологические, социальные. Обсуждаются особенности проявления и влияния алекситимического радикала на жизнь человека, способы диагностики и прогноз успешности коррекции. Обоснуются принципы психологической коррекции алекситимии. Проводится анализ эффективности применения различных техник для коррекции алекситимии. Дается описание авторским методикам для коррекции алекситимии- игра «Смайлики» и игра «Город эмоций».

Особенности субъективного ощущения себя в семье детей с различными формами бронхиальной астмы

Лобурец Андрей Олегович – аспирант кафедры общей и клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, медицинский психолог Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная детская клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области. Россия, Курск.

В докладе рассматриваются особенности функционирования семейной системы как результат взаимоотношений между ребенком и родителями и продукт субъективного самоощущения ребенка. В докладе формирование и течении бронхиальной астмы у детей рассматривается как интегральный циклический процесс, строящийся на дисгармонии семейных взаимоотношений. Эмпирическое исследование было проведено среди детей, страдающих бронхиальной астмой с преобладанием аллергического компонента и неаллергической бронхиальной астмой, а также детей, не имеющих хронических заболеваний.

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений в пожилом возрасте

Аббасова Рабият Мухуддин кызы – студентка 5 курса медико-психолого-фармацевтического факультета (специальность - клиническая психология). Россия, Красноярск.

В докладе рассматриваются особенности эмоциональных нарушений в пожилом возрасте. Дается определение понятию «депрессия», приводятся ее причины. Рассматривается депрессия пожилого и раннего возраста, показываются отличия данных видов депрессии. Обсуждаются методы лечения депрессии.

Кросс-культуральность семейной системы как значимый фактор формирования специфических психологических особенностей детей из межнациональных семей

Камалова София Цихиловна – психолог, переводчик, редактор, литератор, Ученый секретарь Центрального Совета и действительный член ОППЛ, аспирантка кафедры общей и педагогической психологии Московского государственного областного университета. Россия, Москва.

В докладе разбираются актуальные вопросы исследования и работы с межкультурной семьей. Выделяются параметры кросс-культуральной семейной системы, значимые для формирования специфических психологических особенностей детей, воспитывающихся в них.

**Секционное заседание:
«КЛИНИЧЕСКИЙ ГИПНОЗ»
Аудитория № 1, 13.10-14.40**

**Демонстрация практики
Аудитория № 200, 14.45-17.30**

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Хетрик Светлана Викторовна (Россия, Санкт-Петербург), Снигур Владимир Сергеевич (Россия, Москва)

Аннотация секции: Гипноз, стоя исторически у истоков психотерапии, порой теряется в тени современных эмпирически обоснованных подходов, но его наследие прослеживается практически во всех направлениях терапии. Инструментарий гипноза по-прежнему востребован и доступен не только в качестве расширения технического арсенала, но и как источник творческих ресурсов и метод развития и укрепления личностной позиции психотерапевта. В некоторых сферах гипноз по-прежнему предоставляет уникальные возможности, позволяя влиять непосредственно на физиологические процессы организма.

Пять навыков гипнотерапевта: интегративный взгляд на практику и преподавание гипноза

Снигур Владимир Сергеевич – частнопрактикующий врач-психотерапевт, переводчик, тренер, член Международного Общества Гипноза (ISH), член Ассоциации Специалистов в области Клинического Гипноза (АСоКГ). Россия, Москва.

По мере интеграции гипноза с ключевыми направлениями психотерапии гипноз можно концептуализировать как коммуникативный процесс, задействующий когнитивные и эмоциональные механизмы психики. В докладе обсуждаются ключевые принципы и навыки, необходимые для гибкого и эффективного использования этих механизмов.

В живой демонстрации будут продемонстрированы возможности использования этих навыков.

Гипноз в работе с проблемами в репродуктивной сфере

Барахова Елена Витальевна – врач-психотерапевт, гипнолог, арт-терапевт, переводчик, член Международного Общества Гипноза (ISH), член Ассоциации Специалистов в Области Клинического Гипноза (АСоКГ), специализируется на проблемах в репродуктивной сфере. Россия, Москва.

В докладе рассматривается, как гипноз может быть интегрирован в терапию у пациентов с трудностями с зачатием. При трудностях с зачатием пациенты испытывают стресс от недостатка контроля над функциями тела и ситуацией в целом. Определённость – одна из основных потребностей человека. Во время доклада слушатели узнают об основном стратегическом направлении работы с пациентами с бесплодием в психотерапии. Будут рассмотрены возможности использования гипноза для создания атмосферы определённости и контроля над ситуацией при прохождении лечения бесплодия.

Фрейд, Шарко и гипноз – истоки психоанализа

Гордиевская Виктория Николаевна – психолог, психоаналитик, член СИТАС (Франция), член Ассоциации специалистов в области клинического гипноза, психолог Службы занятости населения. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается история гипноза от шаманизма до середины XIX века, рассказывается о деятельности великого ученого Ж.-М.Шарко, благодаря которому гипноз стал предметом научных исследований, а также о стажировке З.Фрейда в клинике Сальпетриер, где, пытаясь проникнуть в глубину гипнотических феноменов, З.Фрейд открыл новую страницу в истории психологии.

Демонстрация практики:

Эриксоновский подход для пробуждения фертильности

Барахова Елена Витальевна – врач-психотерапевт, гипнолог, арт-терапевт, переводчик, член Международного Общества Гипноза (ISH), член Ассоциации Специалистов в Области Клинического Гипноза (АСоКГ), специализируется на проблемах в репродуктивной сфере. Россия, Москва.

На мастер-классе будут рассматриваться: особенности работы с пациентами с проблемами в репродуктивной сфере, фертильность как ментальная установка, место гипноза в работе с проблемами в репродуктивной сфере. Будет проведена демонстрация элементов трансовой работы с фертильностью – групповой транс.

Гипноз и стратегическая коммуникация: эволюция транс-ориентированного подхода

Снигур Владимир Сергеевич – частнопрактикующий врач-психотерапевт, переводчик, тренер, член Международного Общества Гипноза (ISH), член Ассоциации Специалистов в области Клинического Гипноза (АСоКГ). Россия, Москва.

На мастер-классе будет обсуждаться современное представление о гипнозе как о коммуникативном процессе, в котором состояние «транса» отходит на второй план, а центральную роль играет процесс передачи идей чувственно проживаемым образом. Будет рассмотрено место «транса» в процессе гипнотической коммуникации, а также фокус на гибком выстраивании последовательности внушений в соответствии с индивидуальными особенностями клиента. Участники познакомятся с упражнениями, с помощью которых можно тренировать специфические навыки, позволяющие гибко индивидуализировать терапевтическую работу.

Секционное заседание:

«ЛАНДШАФТ И ГРАНИЦЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В РАБОТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ПСИХОЛОГА КОНСУЛЬТАНТА: РОЛЬ БАЛИНТОВСКОЙ СУПЕРВИЗИИ В ЕЕ АНАЛИЗЕ»

Аудитория № 200, 11.00-12.30

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: Винокур Владимир Александрович (Россия, Санкт-Петербург)

Балинтовская (аналитическая) супервизия в профессиональном развитии психотерапевтов и психологов - консультантов

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 Балинговской Ассоциации (Россия), член консультативного совета Международной Балинговской Федерации (IBF), ведущий и супервизор Балинговских групп, ведущий методических семинаров по подготовке лидеров Балинговских групп, автор около 200 научных работ, включая ряд статей в российских и зарубежных изданиях и книгу «Балинговские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы». Россия, Санкт-Петербург.

Секционное заседание:
«ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ – ЛОРПТ»
Аудитория № 1, 14.45-16.45

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Арсеньева Вера Владимировна (Россия, Санкт-Петербург), Подсадный Сергей Александрович (Россия, Санкт-Петербург), Караваева Татьяна Артуровна (Россия, Санкт-Петербург)*

Школа личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – от истоков до перспектив

Подсадный Сергей Александрович – к.м.н., директор Центра Дополнительных Образовательных программ по направлениям Медицина, Стоматология и Медицинские технологии СПбГУ, доцент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, соучредитель и Вице-президент РПА, соучредитель НП «Петербургская школа психотерапии и психологии отношений». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе отражены вопросы становления психологии отношений, формирование представлений о патогенетических механизмах невротических расстройств, развитие индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Концепция нарушенных отношений в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Ташлыков Владимир Анатольевич – д.м.н., профессор кафедры терапии и ревматологии им Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются основные стили поведения психотерапевта в процессе индивидуальной ЛО(Р)П.

Психология отношений как основа личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Исурина Галина Львовна – к.п.с.н., доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, член Российской психотерапевтической ассоциации и член ее Координационного совета, член Российского психологического общества. Россия, Санкт-Петербург.

Теоретико-методологическую базу основных направлений психотерапии составляют соответствующие психологические теории, содержащие представления о психологическом благополучии и психическом здоровье, личностных нарушениях и их причинах, а также о возможности изменений в процессе психотерапии. Созданная В.Н. Мясищевым психология отношений позволила создать единую систему, включающую концепцию личности, концепцию неврозов и психотерапевтическую систему. В отечественной психотерапии до сегодняшнего дня не существует другой психотерапевтической модели, которая была бы разработана на основе четких и взаимосвязанных теорий личности и концепций психологического происхождения невротических расстройств. Психология отношений, позволяющая раскрыть содержание понятий «норма» и «патология» применительно к личности, создала условия не только для формирования психотерапевтического направления (патогенетическая психотерапия), но и его дальнейшего развития (личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия).

Механизмы совладания в свете личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Чехлатый Евгений Иванович – д.м.н. профессор, Руководитель НКиОЦ «Психотерапия и клиническая психология» СПбГУ, член координационного совета РПА, соучредитель НП «Петербургская школа психотерапии и психологии отношений». Россия, Санкт-Петербург.

Исследование динамики копинг-поведения под влиянием личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии расширяет наши представления о роли совладающих механизмов как одного из центральных патогенетических звеньев при невротических расстройствах. В нынешний период постоянно возрастает число больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи, причем больные с психогенными нарушениями составляют одну из основных групп. В этих условиях использование наиболее эффективных методов лечения невротических расстройств, в числе которых является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, становится актуальной задачей, имеющей самостоятельное медико-социальное значение, а учет при ее проведении механизмов совладания больных способствует ее результативности.

Мишени личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Ляшковская Светлана Владимировна – к.м.н., врач-психотерапевт, м.н.с. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

В психотерапии любого направления важно понимание того, на что должна быть направлена интервенция. Описание мишеней психотерапии на языке метода, точных дефиниций относительно психологических феноменов, находящихся в

фокусе терапевтической работы, является концептуальной базой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Современные подходы к лечению невротических расстройств в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Ксюпов Тимур Бактвеевич – врач-психотерапевт, врач-психиатр, психиатр-нарколог, преподаватель ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, н.с. Научно-клинического и образовательного Центра «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких медицинских технологий СПбГУ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются аспекты личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии в условиях современности. Сделан акцент на патоморфоз невротических расстройств, произошедший за последние десятилетия. Описываются современное представление о невротических конфликтах. Очерчены временные рамки психотерапии с учётом специфики нозологических форм, а также представлены вопросы преморбидного консультирования (условно здоровых людей).

Психологическая диагностика личности для решения задач личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Бубнова Ирина Викторовна – медицинский психолог, руководитель отделения медицинской психологии Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается как проблематика выбора методов психологической диагностики для решения задач личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, так и необходимость её, в целом, для уточнения клинической картины случая. Насколько нуждается психотерапевт в диагностической помощи клинического психолога, и какие задачи он мог бы ставить перед ним, освещение каких сторон личности было бы полезно узнать самому пациенту для повышения заинтересованности и мотивации к психотерапии.

Методология обучения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Арсеньева Вера Владимировна – медицинский психолог, руководитель секции Российской психотерапевтической ассоциации «Студенческий психотерапевтический клуб». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются основные подходы и принципы в обучении личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, практические особенности погружения в метод, а так же важные аспекты построения учебного процесса.

Секционное заседание:

«МЕДИАЦИЯ: ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К РАЗРЕШЕНИЮ КРИЗИСОВ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ»

Аудитория № 1, 16.50-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Лаврова Нина Михайловна (Россия, Санкт-Петербург), Голубева Наталья Валентиновна (Россия, Москва)*

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.

Медиация в сфере здравоохранения: возможности и перспектива

Лаврова Нина Михайловна – генеральный директор Центра системного консультирования и обучения "Synergia", председатель наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», руководитель комитета по медиации ОППЛ, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы. Россия, Санкт-Петербург.

Лавров Никанор Васильевич – к.м.н., доцент кафедры фармакологии и доказательной медицины с курсом клинической фармакологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Россия, Санкт-Петербург.

В современных условиях медиация приобретает функцию регулятора межличностных отношений во всех сферах общества. Особенно напряженно эмоциональные внутригрупповые отношения складываются в лечебных учреждениях. В докладе рассматриваются особенности разрешения конфликтов в сфере здравоохранения. Заключение договора о применении процедуры медиации в случае конфликта или, иначе говоря, признание медиативной оговорки, гарантирует применение медиации и способствует формированию благополучной атмосферы в лечебном учреждении. Пациент, вступая в договорные отношения, настраивается на достижение согласия с представителями лечебного учреждения.

Визуализация кризисных обстоятельств при урегулировании разногласий и взаимных претензий

Лаверов Василий Васильевич – д.б.н., системный консультант, директор Центра научно-практической медиации "Согласие", *Лаверова Н.М., Лаверов Н.В.* Россия, Санкт-Петербург.

Визуализация конфликтной ситуации позволяет наглядно представить соотношение обстоятельств, влияющих на развитие конфликта. В докладе излагается методика визуализации, которая служит инструментом, помогающим медиатору собрать и зарегистрировать мнения спорных сторон о сути конфликта и о влиянии внутригрупповой среды на его развитие. Если графически представить структуру конфликта с обозначением информационно-эмоциональных связей представителей спорных сторон, то выявляется матрица конфликтогенов. Противоречивые, неопределенные и неконструктивные связи обозначают потенциальные и реальные отношения, провоцирующие развертывание конфликта. Сочетание метода визуализации и технологии «Карта медиации» детализирует структуру конфликта и помогает прогнозировать его развитие.

Особенности медиации в условиях кризиса семейных отношений, вызванных заболеванием ребенка

Лаверов Никанор Васильевич – к.м.н., доцент кафедры фармакологии и доказательной медицины с курсом клинической фармакологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Россия, Санкт-Петербург.

Болезнь ребенка является негативным стрессогенным фактором, провоцирующим кризис в отношениях членов семьи. Эмоциональный разлад вызывает рост взаимных претензий членов семьи. Возникающие споры разрешаются при участии посредника, который помогает прийти к согласию. В докладе рассматриваются особенности медиации в семьях, где ребенок находится в центре внимания или, наоборот, игнорируются его интересы. При формулировании запроса на медиацию учитываются мнения всех членов семьи. Согласие в споре достигается благодаря взаимопониманию и определению общей цели взаимодействия в разрешении кризиса.

Медиативная компетенция медицинских работников как эффективный инструмент управления конфликтами в лечебно-профилактических учреждениях

Голубева Наталья Валентиновна – руководитель ООО «Академия медиативных решений», клинический психолог, системный семейный психотерапевт, профессиональный медиатор, экзистенциально-гуманистический психотерапевт, руководитель рабочей группы по медиации в здравоохранении. Россия, Москва.

В докладе рассматривается перспектива развития владения работниками лечебно-профилактических учреждений медиативными компетенциями как эффективным инструментом управления конфликтами.

В докладе приводится набор компетенций, которыми должны обладать медицинские работники. Медиативная компетентность – это дополнительное интегративное свойство личности, которое характеризует готовность человека к медиации и его способность реализовать ее в процессе коммуникации в рамках своей профессиональной деятельности.

В докладе рассматриваются различные уровни возникновения конфликтных ситуаций в медицинских учреждениях и как, обладая медиативными компетенциями работники ЛПУ могут конструктивно разрешать возникающие конфликты.

Презентация проекта «согласие» программы медиации для подростков

Зезюлинская Инна Алексеевна – психолог, психотерапевт, арттерапевт, медиатор, действительный член ОППЛ, СПО, руководитель Севастопольского регионального отделения ОППЛ, сертифицированный личный терапевт, преподаватель ОППЛ национального уровня, аккредитованный супервизор ОППЛ. Россия, Севастополь.

Именно в подростковом возрасте закладываются личностные особенности, связанные с ответственностью, рефлексивностью, целостностью Я-концепции как важные качества зрелой личности. От развития коммуникативной сферы в подростковом периоде зависит дальнейшая социализация подростка, интеграция его в современном обществе и личностное становление подростка.

Трудные подростки и дети из «группы риска» часто вовлекаются в конфликты, становятся правонарушителями или жертвами правонарушений. Административное и уголовное наказание не работает с причинами конфликтов и с чувствами конфликтующих. Используемый нами подход к разрешению конфликтов позволяет подросткам избавиться от обиды, ненависти и других негативных переживаний, самостоятельно разрешить ситуацию (возместить ущерб), избежать повторения подобного в будущем. В докладе представлена презентация тренинговой программы медиации для подростков проекта «Согласие».

Тренинговая программа основана на поиске решений и нахождении знаний самими участниками. В процессе тренинга подростками отрабатывается роль медиатора.

Апробация программы проходила на базе Центра прикладной психологии «Гармония» г. Севастополь.

Особенности участия детей и подростков в семейной медиации

Романова Елена Александровна – генеральный директор «Студии инновационной психологии и медиации «ЭГО», практикующий психолог, системный семейный терапевт, эриксоновский гипнотерапевт, профессиональный медиатор, действительный член ОППЛ, руководитель рабочей группы по Системной школьной медиации Комитета медиации ОППЛ. Россия, Москва.

В докладе рассматривается возможность привлечения детей и подростков к процедуре семейной медиации в ситуации развода родителей. Описываются потенциальные недостатки и преимущества участия детей в медиации. Дается анализ возможных способов привлечения детей к медиации. Обсуждается необходимость специальной подготовки медиатора для работы с детьми и подростками.

Школьная медиация на этапе создания службы

Буджак Николай Николаевич – бакалавр психологических наук, педагог-организатор МБОУ «Сельцовская СОШ». Россия, Любань.

В докладе рассматриваются вопросы создания службы школьной медиации, ее стадии и этапы, цели и задачи. Медиация в сфере образования является важным этапом развития и способствует созданию гармоничной социальной среды. Служба системной школьной медиации позволит разрешать конфликты между участниками образовательного процесса, выявить его движущую силу и разрешать споры.

Дианалитическая медиация

Рубан Ольга Ивановна – директор АНО «Новосибирский центр медиации», председатель Союза Профессиональных медиаторов, член Комитета по медиации ОПГПЛ, эксперт Общественной Палаты НСО, психотерапевт-дианалитик, медиатор. Россия, Новосибирск.

Дианалитическая медиация – отечественный продукт на основе методологии дианализ. Опора на фундаментальную научную базу и культурные основания способствуют успешному использованию метода. Доклад содержит информацию о практике использования дианалитической медиации в сложных клиентских случаях.

Секционное заседание:

«ОТКРЫТЫЙ ДИАЛОГ И ОСОЗНАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ»

Аудитория № 10, 14.00-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Шаменков Дмитрий Алексеевич (Россия, Москва), Творогова Надежда Дмитриевна (Россия, Москва)*

Аннотация секции: Осознанное управление здоровьем на основе теории функциональных систем академика П.К.Анохина - инновационный научный подход, созданный и развивающийся доктором Дмитрием Шаменковым в «Системе управления здоровьем» (spin-off проект Сеченовского университета, подробнее - [http:// sechenov.suz.community](http://sechenov.suz.community)).

Согласно современным исследованиям в области физиологии, состояние здоровья человека определяется в первую очередь социальными факторами. Известное метааналитическое исследование 2010 года, опубликованное проф. Джулианой Хольт- Лунстад в PLOS Medicine, обобщившее данные 148 исследований, в которых приняло участие 308 849 человек, показало, что у лиц с сильными социальными отношениями вероятность смерти на 50% ниже, чем у людей, пребывающих в социальной изоляции. Социальная интеграция является первым, наиболее важным шагом на пути к реальному улучшению физического и психологического здоровья. Ключом к социальной интеграции является диалог, поэтому Всемирная организация здравоохранения провела 2017 год под девизом: «Давай поговорим».

Базовой практикой метода Осознанного управления здоровьем является Открытый диалог. Открытый диалог - научно-обоснованная практика, с помощью которой практикующие могут в течение короткого периода времени улучшить качество своей жизни на 25% (измерения проводились по методике ВОЗ).

Группы Открытого диалога - мощный инструмент для решения социальных проблем, улучшения психологического благополучия и физического здоровья человека. В группах Открытого диалога происходит эффективное взаимообучение участников, быстро формируются навыки, необходимые для осознанного управления здоровьем, творчества и предпринимательской деятельности. Группы Открытого диалога - мощный инструмент для творческой коллаборации, исследования и поиска путей решения проблем, управления организациями.

В рамках секции состоится презентация метода «Осознанное управление здоровьем» и практики «Открытый диалог», будет проведена дискуссия о будущем Открытого диалога и различных практиках, которые могут получить свое развитие на научной платформе Открытого диалога, будет проведена демонстрационная сессия Открытого диалога с разбором опыта сессии среди участников.

Метод «Осознанное управление здоровьем» и практика «Открытый диалог» (30 мин.)

Шаменков Дмитрий Алексеевич – доктор медицины, специалист по осознанному управлению здоровьем и семейной медицине, создатель Школы «СУЗ», член Экспертной коллегии и ментор Фонда «Сколково», член Экспертного совета Фонда содействия инновациям (Фонда Бортника), International Affiliate Member Американской Психологической Ассоциации, автор книги «Осознанное управление здоровьем», 28 научных публикаций и 18 патентов в сфере нанотехнологий, клеточных биотехнологий, регенеративной медицины и физиологии функциональных систем, автор статьи энциклопедического словаря «Клиническая психология», лектор конференции TEDx, основатель и руководитель Школы и социальной сети «Система управления здоровьем» SUZ.community, сооснователь центра SUZretreat в Таиланде.

Дискуссия «Будущее Открытого диалога. Разнообразие форм практик открытого диалога. Открытый диалог как базовый инструмент для оживления городов и организаций» (60 мин.)

Шаменков Дмитрий Алексеевич – доктор медицины создатель метода «Осознанное управление здоровьем», член Экспертной коллегии и ментор Фонда «Сколково», International Affiliate Member Американской Психологической Ассоциации. Россия, Москва.

Творогова Надежда Дмитриевна – д.пс.н., профессор, почетный профессор факультета психологии МГУ, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии, руководитель отделения "Клиническая психология" Первого МГМУ им.

И.М.Сеченова Минздрава России, руководитель секции «Психология здоровья» Российского психологического общества. Россия, Москва.

Лукша Павел Олегович – профессор практики московской школы управления Сколково, член Экспертного совета Агентства стратегических инициатив при Президенте РФ (АСИ). Россия, Москва.

Гордон Лев Эдуардович – сооснователь Национальной инициативы «Живые города» и Ассоциации развития города Ижевска, эксперт приоритетных проектов «Комплексное развитие моногородов», «Формирование комфортной городской среды», Муниципального Атласа АСИ, Президент Фонда Гордона. Россия, Ижевск.

Демонстрационная сессия: группы Открытого диалога с разбором (2 ч. 30 мин.)
Ведущий – Шаменков Дмитрий Алексеевич и инструкторы Открытого диалога.

Секционное заседание:
«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СУПЕРВИЗИЯ»
Аудитория № 1, 10.00-13.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Иван Илич (Сербия, Белград), Кулаков Сергей Александрович (Россия, Санкт-Петербург), Жуков Александр Сергеевич (Россия, Новосибирск)

Аннотация секции: Супервизия – это эффективная форма обмена опытом, роста и поддержания профессионализма; является необходимым этапом становления, развития каждого психотерапевта, психолога, консультанта, служит для закрепления этических и профессиональных норм в практике специалиста. Именно супервизионный процесс позволяет гармонично включать инновационные составляющие в повседневную практику профессионала, создаёт необходимые условия для эффективной работы специалиста и возможность коллегиального контроля её качества.

В рамках секции будут заслушаны доклады об актуальных вопросах и особенностях супервизии, пройдёт дискуссия по актуальным вопросам супервизии, проведен разбор случая из практики участников конгресса ведущими супервизорами.

Трудности и ошибки в психотерапии (15 мин.)

Кулаков Сергей Александрович – д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр Бехтерев», председатель супервизорского Совета РПА. Россия, Санкт-Петербург.

Будут описаны функции супервизора, на примере шестифокусной модели рассмотрены ошибки в каждом фокусе.

Анализ практического опыта супервизоров (15 мин.)

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

В докладе представлен анализ практической работы супервизоров.

Супервизия случая подростка с посттравматическим расстройством (15 мин.)

Илич Иван – примариус, заведующий отделением психических расстройств молодого возраста Клинического Центра Сербии (Белград), почетный член-председатель секции психотерапии Сербского медицинского общества, эдукатор (супервизор) и председатель этического комитета общества психоаналитических психотерапевтов Сербии. Сербия, Белград.

В докладе представлен случай супервизии молодой коллеги-психолога, чей клиент является 18-летним подростком. Они живут в маленьком городке в Сербии, где психологов и психотерапевтов очень мало, а потребность в подобном виде профессиональной помощи выражена достаточно сильно. Психолог - терапевт до начала супервизии была клиенткой докладчика в ситуации ее собственного депрессивного кризиса. Молодой человек, который был у неё в терапии после травматического события (нашел младшего брата застреленным из пистолета, обстоятельства этого события до сих пор неясны), стал проявлять делинквентное поведение с садистским оттенком в отношении мелких животных, аддиктивное поведение и демонстрировал стремление заболеть психосоматическим расстройством для привлечения внимания родителей. В рамках супервизии осуществляется работа с проблемами создания адекватного психотерапевтического сеттинга и наличия нескольких форм отношений между терапевтом, клиентом и членами его семьи, а также с вопросом континуитета психотерапии и соответствующих границ в психотерапевтическом взаимодействии.

Особенности экзистенциальной супервизии (15 мин.)

Иванова Татьяна Николаевна – практикующий психолог, терапевт и супервизор Института Экзистенциальной и Гуманистической психологии (НЕПИ), экс-президент Восточно-Европейской Ассоциации экзистенциальной терапии.

В докладе рассматриваются особенности экзистенциальной супервизии, которые способствуют формированию идентичности терапевта. Супервизия в экзистенциальном подходе не противопоставляет себя другим моделям. Напротив, мы с благодарностью используем достижения коллег других направлений. Особое внимание в экзистенциальной супервизии уделяется отношениям, происходящим процессам, позициям и основаниям коллег.

Эмпатизирование в интерпретации групповой динамики супервизионной группы (15 мин.)

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

Эффективность работы супервизора при проведении групповой супервизии зависит от наличия определенных навыков и умений, где эмпатизирование и интерпретация занимают одно из первых мест, и представляет собой набор определенных навыков, связанных, прежде всего, с эмоциональной сферой супервизора. Данная сфера включает в себя: осознание своих эмоций и чувств, эмпатизирование, интерпретацию динамических процессов супервизионной группы.

В докладе рассматриваются особенности влияния эмпатизирования и интерпретации на эффективность работы супервизионной группы.

Перерыв 15 минут.

Супервизия: открытый формат. Разбор трудного случая из практики участников конгресса (1 ч. 30 мин.)

Ведущие: Сергей Кулаков; Ольга Никитина; Владислав Андриюшин; Елена Петрова.

Совместный проект Гильдии психотерапии и тренинга, Альянса помогающих практик «ПроБоно» и Российской психотерапевтической ассоциации, ориентированный на психологов и психотерапевтов, ведущих клиентскую практику. Лучшие супервизоры из разных подходов, открытые встречи, возможность, сохраняя принадлежность к своей школе, обогащаться другими направлениями психотерапии и психологического консультирования. Встречи проходят, начиная с декабря 2014 года.

Секционное заседание:

«ПРОЦЕССУАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»

Аудитория № 4, 16.10-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Сербина Людмила Николаевна (Россия, Москва), Рунова Светлана Дмитриевна (Россия, Москва)

Сказкотерапия – процессуальный подход

Сербина Людмила Николаевна – к.пс.н., психотерапевт EAP, дипломированный и сертифицированный терапевт Центра процессуальной работы в Портленде, США, 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.

Процессуальная работа фокусируется на творческой искре в каждом индивидууме, в паре или в групповом переживании. Сказка для всех народов – это форма передачи опыта поколений на глубоком метафорическом уровне. В докладе обсуждается, как использовать метафорические ресурсы сказки, чтобы максимально мягко и эффективно отразить бессознательное отношение клиента. Сказочная терапия – удивительное волшебное «зеркало», в котором отражается преображенный внутренний и внешний мир клиента, и главное, его сновидения и бытия. Клиент находится в магическом, творческом, сказочном пространстве, что позволяет ему выйти за рамки своего обычного восприятия.

Формирование адаптационных стратегий (изменение аспектов идентичности) и представлений о себе в процессе проживания утраты связи со значимыми объектами, людьми в методе процессуально-ориентированной психологии

Смирнова Юлия Сергеевна – частнопрактикующий психолог, дипломированный специалист в области процессуально-ориентированной психологии (по стандарту IAPOP), действительный член ОППЛ, аккредитованный супервизор ОППЛ, действительный член IAPOP, член факультета-преподаватель международной школы процессуальной работы в России (ISPWR). Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются теоретические и практические аспекты работы с людьми, переживающими боль утраты, тревогу, дезориентацию в связи с потерей значимых для них объектов, отношений, физической потерей близких методами процессуально-ориентированной психологии. Рассматриваются возможности и методы профилактики страха потерь как источника тревоги и нарушения адаптационных возможностей человека.

Маска из глины – работа с внутренней фигурой в стиле процессуально ориентированной психологии и психотерапии

Рунова Светлана Дмитриевна – сертифицированный специалист по Процессуально-ориентированной психологии и психотерапии, сертифицированный психолог-сексолог, действительный член ОППЛ, член Ассоциации практических психологов и коучей. Россия, Москва.

В докладе показана методика работы с внутренней фигурой через лепку из глины маски. Раскрывается процесс погружения клиента в сущностный уровень переживания и возвращения с полученным в процессе работы ресурсом на уровень консенсусной реальности, в обыденную жизнь. Предлагаются способы использования методики в работе с различными клиентскими запросами.

Процессуально-ориентированный подход в формировании позитивной этнической идентичности личности

Румянцева Полина Витальевна – к.пс.н., доцент, доцент кафедры психологии человека Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе обосновывается взгляд на позитивную этническую идентичность как на значимое условие психологического благополучия человека и внутриличностный фактор построения гармоничных межэтнических отношений. Раскрываются причины и риски формирования негативной этнической идентичности и переживания кризиса этнической идентичности. Предлагаются способы формирования позитивной этнической идентичности с использованием методов процессуально-ориентированной психотерапии (через поиск вторичных, неосознаваемых или отвергаемых, компонентов этнической идентичности, их исследование и переживание; работу с опытом дискриминации по признаку этничности или расы; работы с внутренним Критиком и т.д.).

Развитие глубинного внимания в процессуально-ориентированной психологии

Чернякова Янина Анатольевна – сертифицированный процессуальный психолог, ведущая тренингов и групп по развитию сновидческого внимания. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается трехуровневая модель мира в процессуально-ориентированной психологии, обсуждаются аспекты видов внимания исходя из трехуровневой модели и возможности их развития. Выполняя небольшие упражнения, участники смогут соприкоснуться с шаманским мировосприятием и попробовать заглянуть глубже в причины происходящих с нами событий.

Развитие живых организаций с помощью инструментов процессуальной работы

Павленко Юрий Александрович – сертифицированный специалист по процессуальной работе (PWI, USA), коуч, бизнес-тренер, дипломированный консультант по управлению (SMC, Россия), МА «Организационные изменения и фасилитация конфликтов» (PWI, USA), член международной ассоциации процессуально-ориентированной психологии (IAPOP). Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается понятие живой организации. Дается определение живой организации, описываются её основные принципы. Обсуждается практика использования инструментов процессуальной работы для развития живых организаций. Рассматривается групповая фасилитация, как основа для внедрения принципов самоорганизации и определения смыслов. Обсуждается процесс-ориентированный коучинг как инструмент развития целостности.

Школьные проблемы как отражение призрачных переживаний в детско-родительских отношениях

Кочубей Татьяна Валентиновна – педагог-психолог ЦППМСП Фрунзенского района Санкт-Петербурга. Россия, Санкт-Петербург.

В сообщении говорится об использовании процессуально-ориентированного подхода в решении школьных проблем. Показывается, как обнаружение призраков (вторичных переживаний) в детско-родительских отношениях указывает направление развёртывания проблемной ситуации. Раскрываются «места локализации» призраков.

Работа с защитной структурой клиента при повторяющемся паттерне с помощью процессуально-ориентированного подхода

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

В докладе представлена методика работы с четырьмя внутренними фигурами, четырьмя дисфункциональными Я-состояниями психической самоорганизации, поддерживающими фобическую систему защиты психики. Предлагаются способы усилить здоровую часть психики и помочь найти клиенту здоровое адаптационное поведение в ответ на ретравматизирующие ситуации.

Секционное заседание: «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА» Аудитория № 2, 16.00-18.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: Бражников Александр Викторович (Россия, Санкт-Петербург), Зуйкова Надежда Леонидовна (Россия, Москва)

Эмоционально-образная терапия в лечении психосоматических расстройств

Линде Николай Дмитриевич – к.пс.н., профессор Московского института психоанализа, действительный член ОППЛ, руководитель секции Эмоционально-образной терапии и автор ЭОТ. Россия, Москва.

Эмоционально-образная терапия (ЭОТ) в своей практике постоянно сталкивается с многообразными психосоматическими проблемами и успешно справляется с их решением. К их числу относятся различные психогенные боли (боли сердца, головы, позвоночника и т.д.), аллергии, астма, тиреотоксикоз, ринит, нейродермит, панические атаки, некоторые женские заболевания и др. Существенная помощь оказывается онкологическим больным. Накоплен большой опыт. В докладе приводятся методы работы и примеры.

Инвестиционно-внедренческий портфель проекта «Служба психосоматической медицины Российской Федерации»: долгосрочный тренд и перспективы внедрения в государственную и негосударственную систему здравоохранения Российской Федерации методов психосоматического медицины

Бражников Александр Викторович – директор НОУ ДПО «Санкт-Петербургский Психосоматический Медицинский Институт», руководитель «Объединённой научно-исследовательской секции психосоматической медицины» ОППЛ-СПб ПСМИ, врач-психиатр, врач-психотерапевт, сертифицированный Френком Пьюселиком НПП-тренер. Россия, Санкт-Петербург.

Доклад представляет собой презентацию проекта открытия на территории субъектов РФ специализированных структурных подразделений «зонтичного типа», объединённых между собой в единую клиническую сеть, позволяющую эффективно оказывать психотерапевтическую помощь при психосоматических и общесоматических патологиях.

Три успешных случая лечения психосоматозов «Психохирургией», авторским методом психосоматической психотерапии

Васютин Александр Михайлович – врач-психотерапевт медицинского центра «Белтико», писатель, действительный член ОППЛ, тренер регионального уровня ОППЛ. Россия, Москва.

В докладе будет подробно рассказано об излечении от последствий трех нарушений мозгового кровообращения за один сеанс психоанимационной терапии. Также будет приведен пример семилетней ремиссии бронхиальной астмы после лечения Психохирургией и пример излечения от полиаллергии с успешной социальной адаптацией.

Гештальт-подход в комплексной терапии психосоматозов

Кондуров Сергей Викторович – психиатр, психотерапевт медицинского центра «Медикор», гештальт-терапевт, супервизор Интегративного института Гештальт-тренинга. Россия, Санкт-Петербург.

Гештальт терапия как направление психотерапии, изначально опирающееся на феноменологический подход и идею целостности, на всем протяжении своего развития стремится к преодолению дихотомии «психическое-соматическое». В докладе рассматривается проблема психосоматозов с точки зрения гештальт терапии. Вопросы этиопатогенеза представлены в перспективе основных методологических концепций гештальт-подхода: соотношение фигура/фон, понятие контактной границы и поля организм/среда, цикл контакта и его прерывания. Предложены основные фокусировки при психотерапевтической работе с проблематикой психосоматических заболеваний.

Особенности психокоррекционного вмешательства на разных стадиях синдрома эмоционального выгорания

Кучанская Анна Васильевна – психолог, гештальт-терапевт, заместитель директора по связям с общественностью ЧОУ ДПО «Высшая школа психосоциальных технологий управления». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается зависимость выбора метода психокоррекционной работы от стадии синдрома эмоционального выгорания.

Эмоциональное выгорание – серьезная проблема современной жизни. Специалисты самых различных профессий, связанных с работой с людьми, входят в группу риска, реалии же современного мира таковы, что список этот будет только увеличиваться.

Согласно современным данным, под психическим выгоранием понимается состояние физического, эмоционального, умственного истощения, проявляющееся в профессиональной сфере. Усталость, апатия и депрессия, сопровождающие эмоциональное выгорание, приводят к серьезным физическим недомоганиям – колебаниям артериального давления, заболеваниям пищеварительной и сердечно – сосудистой системы, неврологическим расстройствам. Психосоматические проявления появляются не сразу. Синдром имеет длительное течение. Разные исследователи выделяют от трех до пяти фаз или стадий СЭВ. Каждая из фаз имеет свои характеристики и, соответственно, психокоррекционная работа на каждой фазе отличается своим акцентом, имеет разные цели и сценарий.

Клиническая психотерапия психосоматозов

Зуйкова Надежда Леонидовна – к.м.н., заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР МИ РУДН, Председатель Правления Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников, член Российского общества психиатров (РОП), член экспертного совета г. Москвы по оказанию психотерапевтической помощи ОМС, действительный член ОППЛ, автор модальности «Клиническая Психосоматическая Психотерапия», руководитель секции клинической психосоматики в ОППЛ, соруководитель модальности «Трансактный анализ» в ОППЛ, сертифицированный Трансактный Аналитик-психотерапевт, тренер и супервизор Европейской Ассоциации Трансактного Анализа (ЕАТА, PTSTI). Россия, Москва.

Доклад посвящен клинической психотерапии психосоматозов.

Современная психосоматика в клинической практике на примере проекта PSY 2/0

Филяев Михаил Анатольевич – клинический психолог, гипнотерапевт, выпускник и преподаватель ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», руководитель Школы Психосоматики 2.0. эксперт в области психосоматической терапии, функциональных изменений органов и тканей Ассоциации междисциплинарной медицины под рук. проф. Данилова А.Б., преподаватель, выступающий с лекциями и практическими семинарами в десятках городов России, Европы и Китая, телеведущий. Россия, Москва.

Термину «психосоматика» уже более 200 лет, но человек еще очень далек от прикладного понимания данной науки. За последние 20-30 лет стали появляться клиники, которые внедряют психосоматическое мышление на своих площадках и получают конкретные результаты. Особенно интересным направлением в области психосоматики является онкопсихосоматика, психосоматика особых детей, где уже можно увидеть успешные результаты применения. На примере проекта PSY2/0 будет рассмотрен практический результат применения психосоматики в клинической практике, в том числе на базе государственных учреждений.

Психологические аспекты работы с онкологическими пациентами

Русина Наталья Алексеевна – к.пс.н., доцент, заведующая кафедрой клинической психологии Ярославского государственного медицинского университета, председатель Ярославской региональной профессиональной ассоциации клинических (медицинских) психологов, руководитель Регионального отделения Межрегиональной научно-практической

общественной организации «Восточно-Европейское Психосоматическое Общество» Ярославской области. Россия, Ярославль.

В докладе рассматриваются психологические аспекты работы с онкологическими больными: изучение факторов риска, способствующих развитию заболевания, личностные особенности больных, личностные смыслы больного, проблемы, связанные с ухудшением соматического состояния больного и изменением внешнего вида, выбор психологических и психотерапевтических методов коррекции, общение с больным и родственниками, помощь персоналу. Делается акцент на психолого-психотерапевтической помощи пациентам.

Био-психо-социальная парадигма в психосоматике

Миронов Егор Валентинович – психолог, специалист по психосоматической терапии, частная практика. Россия, Москва.

В докладе рассматривается принципиально новая парадигма мышления: любые телесные (и даже психические) «заболевания» – это не ошибка и не поломка, это в биологическом плане очень важные специальные программы, которые оттачивались миллионы лет нашей эволюции с единственной целью – помочь организму выжить в критической ситуации. Но то, что природой предназначено для работы в течение очень короткого времени, у большинства людей работает небологично долго, люди воспринимают социальные события по биологическому типу, что и приводит к изменениям на клеточном, функциональном и ментальном уровнях. Понимая это, возможно проводить настоящую (психо)терапию душевных, поведенческих, ментальных, органических и функциональных изменений у любого человека.

Секционное заседание: «РЕСУРСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ» Аудитория № 2, 13.40-16.00

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: Коваленко Наталья Петровна (Россия, Санкт-Петербург)

Аннотация секции: Ресурсная психотерапия – новая психотерапевтическая модель, созданная в пространстве интеграции клинической психологии, семейной психотерапии, перинатальной психологии. Перинатальная психология – это первая глава данной модели, которая сформировала базу для понимания глубоких механизмов подсознательных связей ребенка и родителей, начиная с внутриутробного периода. Следующий пласт ресурсной психотерапии описывает семейную систему как живую систему, и в связи с этим существенно преобразуются классические методы работы с ней. Важно, что данная модель развивалась, опираясь на фундаментальные исследования российских ученых, таких как Павлов, Сеченов, Ухтомский. Область применения ресурсной терапии весьма широка: ресурсы личности, ресурсы семьи, ресурсы любой организационной системы. Специалисты, обученные этой модели, применяют ее в медицине, консультировании, организационной и управленческой работе. На секции будут представлены основные принципы ресурсного подхода проф. Коваленко, приведены отличительные черты и основные методические механизмы, которые лежат в основе ресурсной психотерапии. Автор продемонстрирует формы работы в этом подходе: *ресурсная арт-терапия, голосотерапия, ресурсные расстановки*. Будут показаны принципиальные отличия ресурсных расстановок от системных расстановок по Хеллингеру.

Ресурсы человека в пространстве психотерапии

Коваленко Наталья Петровна – д.пс.н., профессор Санкт-Петербургского государственного университета, президент Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются методологические основы ресурсной психотерапии. Приводятся данные о применении данной модели при краткосрочной и долговременной психотерапевтической помощи. Описываются основные методы работы с различными контингентами. Делается анализ результатов за прошедший период.

Перинатальная психология (ресурсный подход) в акушерстве

Шкуратенко Ольга Степановна – психолог роддома № 16, перинатальный психолог. Россия, Санкт-Петербург.

Выступление раскроет формы применения диагностических и коррекционных методик ресурсной психотерапии в работе психолога родильного дома.

Опыт работы в ресурсной психотерапии

Брессо Татьяна Ивановна – к.пс.н., доцент кафедры психотерапии, Ph.D в области психологии (Оксфорд), член АРППМ (представитель в Москве). Россия, Москва.

Будет дан анализ особенностей ресурсного подхода с точки зрения клиента и терапевта. Ресурсная психотерапия отличается позитивным эффектом как для клиента, так и для терапевта, что делает ее универсальной для применения. Применение этого метода возможно в широком возрастном диапазоне клиентов (от школьного до пенсионного возраста). Будут показаны примеры работы в этом подходе и приведены отзывы клиентов.

Исследование доминанты материнства

Богун Татьяна – Ph.D в области психологии (Оксфорд), клинический психолог, преподаватель Государственного гуманитарного университета. Россия, Барнаул.

Выступление осветит применение ресурсной терапии при работе с семьей, а так же в клинических условиях (женская консультация, перинатальный центр).

Ресурсный подход в семейном консультировании

Хачатурян Сергей Джеванширович – к.пс.н., ведущий ресурсных групп, руководитель курсов подготовки профессиональных консультантов (МИПУ). Россия, Владимир.

Выступление посвящено применению элементов ресурсной психотерапии в работе профессионального тренера, автора программы подготовки консультантов.

Материнство как путь эволюции женщины

Магденко Ольга Владиславовна – к.пс.н., доцент НГУ, перинатальный психолог, организатор курсов повышения квалификации по перинатальной психологии. Россия, Новосибирск.

В докладе будут освещены результаты исследования, проведенные в клинических условиях перинатального центра. Будет дан анализ процесса формирования доминанты материнства и влияние его на успешность вынашивания и рождения детей.

Диагностическая методика «Кристалл»

Стрельников Александр – автор диагностической программы «Кристалл», ведущий ресурсных групп. Россия, Москва.

Будет показана методика «Кристалл», позволяющая проводить комплексную диагностику физиологических и психологических ресурсов семьи применение ее в консультировании.

Применение ресурсных технологий в практике психолога

Переверзева Татьяна – психолог, ресурсный консультант, организатор коррекционных программ для семей, ожидающих ребенка. Россия, Санкт-Петербург.

Будет рассказано о применении ресурсных технологий в практике психолога и врача и дан анализ ресурсного процесса.

Доминанта материнства в ресурсной терапии

Боброва Елена – психолог, ресурсный консультант. Россия, Санкт-Петербург.

Будет приведен пример терапевтического результата ресурсных расстановок при решении проблем у женщин, переживающих кризис семьи и отношений с мужчинами.

Отличие ресурсных расстановок от расстановок Б. Хеллингера

Федорова Наталья – психолог, ресурсный консультант, член АРППМ. Россия, Санкт-Петербург.

Будет дан сравнительный анализ методов расстановок и показаны основные отличительные принципиальные отличия.

Секционное заседание:

«СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ) И КЛИЕНТЦЕНТРИРОВАННЫЕ РАССТАНОВКИ»

Аудитория № 4, 12.35-16.00

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Лапина Лариса Александровна (Россия, Москва), Механтьев Андрей Анатольевич (Россия, Москва)*

Системные расстановки в формате индивидуальной работы, как форма длительной терапии клиентки с онкологическим заболеванием

Лапина Лариса Александровна – практикующий психолог, преподаватель программы повышения квалификации Института Консультирования и Системных решений, действительный член ОППЛ, автор и ведущая программы «Системные расстановки в индивидуальном консультировании», межрегиональный тренер-супервизор по системно-феноменологической психотерапии и клиентцентрированным расстановкам. Россия, Москва.

В докладе будет представлен уникальный случай использования расстановок в терапии клиентки, которая длилась в течение 6 лет. За это время были проработаны следующие динамики: следование в смерть, прерванное движение любви к родителям, симбиотическая связь с матерью, трансгенерационная травма. Эти динамики сопровождалась онкологическим заболеванием (рак шейки матки 2 степени), лучевым язвенно – геморрагическим ректитом, постгеморрагической анемией.

Использование системных расстановок в работе с трансгенерационной травмой. Авторский подход

Шабайлова Галина Евгеньевна – директор ООО «Помогающие практики», частнопрактикующий лицензированный психолог, национальный тренер-супервизор по системным расстановкам и приглашенный преподаватель ИКСР, сертифицированный специалист по индивидуальному и групповому консультированию – индивидуальная психология А. Адлера (GRC, США, 2001 г.), действительный член ППЛ, член Белорусской ассоциации врачей и психотерапевтов, организатор ежегодной международной психологической конференции «Помогающие практики. Новые имена». Беларусь, Минск.

В докладе представлен авторский подход к работе с самим процессом передачи трансгенерационной травмы. Основной акцент сделан на следующие важные подтемы: почему важно установить причинно-следственную связь с травмирующей реальностью, как проявляется сложное событие в последующих поколениях и какие ресурсы необходимо использовать для преодоления травмы в каждом поколении. Будет сделана демонстрационная работа.

Основы расстановочной работы с семейными сценариями

Механтьев Андрей Анатольевич – региональный тренер, мастер-профессиональный ведущий клиентских групп, сертифицированный специалист по системно-феноменологическому подходу, телесно-ориентированный инсайт-терапевт, специалист по процессуальной работе, сертифицированный специалист по системной терапии зависимостей, травматерапевт, действительный член ОППЛ. Россия, Москва.

Вопрос о семейном сценарии у человека появляется тогда, когда в своей жизни он начинает отмечать чувства, поведение или события, которые повторяют опыт кого-то из родителей, предков. В докладе будут описаны виды семейных сценариев, приведены примеры из практики расстановочной работы по выходу из семейных сценариев.

Мастер-класс «Расстановочная работа с семейным сценарием»

Механтьев Андрей Анатольевич – региональный тренер, мастер-профессиональный ведущий клиентских групп, сертифицированный специалист по системно-феноменологическому подходу, телесно-ориентированный инсайт-терапевт, специалист по процессуальной работе, сертифицированный специалист по системной терапии зависимостей, травматерапевт, действительный член ОППЛ.

Сценарная работа требует камерности, психотерапевтических рамок, и не может быть в полном объеме показана на конференции. В рамках мастер-класса будет показан один из приемов в подобной работе, когда идет обращение к тем слоям коллективного бессознательного, которые содержат знания, компетенции кого-то из предков, кто может поспособствовать разрешению стоящей перед человеком ситуации.

Мастер-класс «Восстановление запасов здоровья и сил: практика клиент-центрированных расстановок»

Цыплакова Ольга Петровна – психолог, системный семейный психотерапевт, специалист системно-феноменологической психотерапии, мастер – профессиональный ведущий клиентских групп и семинаров по системным расстановкам, специалист по личному благополучию, мастер нейролингвистической психотерапии, коуч, действительный член ОППЛ. Россия, Москва.

Клиент-центрированная расстановка является инструментом психотерапевтической работы, который дает возможность клиенту по-новому взглянуть на проблемы со здоровьем и в этой перспективе найти потенциал восстановления запасов здоровья и сил. Системный взгляд на утраченное здоровье и иссякшие силы позволяет принять во внимание многоаспектный и сложный характер подобных проблем у клиента. Лояльность клиента к семейной системе может оказаться сильнее желания выздороветь. Зачастую «распутывание» личной и семейной истории позволяет клиенту осознать источник симптоматики. Осознание этого бывает достаточным для начала восстановления саморегуляции здоровья. Клиент-центрированная расстановка ведёт клиента к новым решениям, которые раньше были скрыты. На мастер-классе будут предложены практические упражнения в формате мини-расстановки.

Сказка как отражение семейной истории

Перервус Наталья Эдуардовна – практикующий психолог, адлеровский семейный консультант, системный расстановщик, кандидат в личные терапевты ОППЛ. Россия, Архангельск.

В докладе будет продемонстрировано, как работа в метафорическом пространстве с помощью метода системных расстановок помогает обнаружить глубокие связи с судьбой, личной историей, внутренним миром, переживаниями, поступками, болезнями и слабостями, а также достоинствами и сильными сторонами человека. Работа со сказкой помогает клиенту лучше понять себя, его отношения с миром и людьми, в более мягкой щадящей форме проработать его детский травматический опыт.

Секционное заседание:

«СОВРЕМЕННАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ - ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»

Аудитория № 3, 10.00-11.30

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Ковпак Дмитрий Викторович (Россия, Санкт-Петербург), Каменюкин Андрей Геннадьевич (Россия, Санкт-Петербург)*

Ключевые концепты традиционных и современных школ и подходов КПТ

Ковпак Дмитрий Викторович – к.м.н., врач-психиатр, врач-психотерапевт, доцент кафедры общей, медицинской психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, Вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации. Россия, Санкт-Петербург.

Современная когнитивно-поведенческая психотерапия ПТСР и расстройств, связанных со стрессом: интеграция диалектико-бихевиоральной терапии, терапии принятия и ответственности, схематерапии и когнитивной терапии Аарона Бека

Каменюкин Андрей Геннадьевич – основатель и генеральный директор Клиники лечения депрессий и фобий, Центра когнитивно-поведенческой психотерапии и консультирования, врач-психотерапевт, врач-психиатр, заместитель Председателя Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, прошел обучение в Институте когнитивно-

поведенческой психотерапии Аарона Бека, основоположника когнитивно-поведенческой психотерапии (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, USA). Россия, Санкт-Петербург.

Дискуссия и обсуждение докладов.

**Секционное заседание:
«СОВРЕМЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ»
Аудитория № 3, 11.40-13.15**

ПРЕДСЕДАТЕЛИ: *Старостин Олег Альбертович (Россия, Санкт-Петербург), Чекурина Вероника Станиславовна (Россия, Москва)*

Песочная терапия vs Sandplay

Старостин Олег Альбертович – к.м.н., врач-психотерапевт, автор метода интегральной песочной терапии – плассотерапия, супервизор и Президент Ассоциации песочной терапии, руководитель модальности «Песочная терапия» ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе будут рассмотрены особенности развития техник применения натурального песка в лечебных, целительских, сакральных практиках, в психотерапии в нашей стране и в мире. Будет дано определение современной песочной терапии, предложена дифференциация между терминами «Песочная терапия» и «Sandplay». Будут описаны перспективы развития песочной терапии в рамках модальности «Песочная терапия» ОППЛ.

Опыт и особенности становления отечественной песочной терапии

Чекурина Вероника Станиславовна – психолог, психодраматерапевт, песочный терапевт, действительный член ОППЛ, представитель модальности «Песочная терапия» ОППЛ по Центральному региону (заместитель руководителя модальности «Песочная терапия»), член НПО Психодраматерапевтов и психодраматистов «Ассоциация Психодрамы», член Ассоциации Песочной терапии. Россия, Москва.

В докладе рассматриваются этапы становления отечественной песочной терапии. Обсуждается совокупность идей, принятых в теории и практике песочной терапии. Рассматриваются методики, разработанные отечественными авторами. Обсуждаются возможности интеграции песочной терапии с другими направлениями психотерапии.

Тема Рода в технике «Песочное Поместье»

Горбунова Елена Юрьевна – магистр психологии, психолог-консультант, член Ассоциации Песочной Терапии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлена техника работы с клиентом или группой, которая позволяет проявить «слепые родовые пятна» в пространстве песочного поля, как адаптацию к жизни в условиях дозированной неопределенности, а также дает возможность восстановить и активировать архетипическую родовую информацию. В основе техники лежит архетип поместья как земельного владения семьи и рода в целом, история и преодоление травмирующих событий, творческий поток, наполняющий жизненной силой

Перспективы развития песочной терапии в онлайн консультировании

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

В докладе рассматриваются возможности и перспективы песочной терапии в онлайн консультировании. Рассматриваются два формата онлайн консультирования: по скайпу и текстовой формат. Обсуждаются преимущества и недостатки психотерапии по скайпу и переписки. Обсуждаются предубеждения против онлайн работы методом песочной терапии

Метод «Песочная терапия» в психологическом консультировании

Палаткина Елена Викторовна – душепопечитель, христианский психолог, руководитель Центра «Я выбираю ЛЮБОВЬ», бакалавр христианского душепопечения и психологического консультирования, сертифицированный Арт-терапевт, член Ассоциации песочной терапии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе будет представлено определение песочной терапии, краткая история создания метода «Песочной терапии». Будут определены цели и задачи песочной терапии, виды песочной терапии, показания и противопоказания к её применению. Будет представлена краткая классификация миниатюрных фигурок для песочной терапии. Будет рассказано об использовании метода «Песочной терапии» в индивидуальной, семейной и групповой терапии.

Ресурсный потенциал игр с песком для выпускников, готовящихся к сдаче ЕГЭ

Глебова Ольга Михайловна – педагог-психолог, победитель Всероссийского конкурса «Лучший педагог-психолог 2009 года», член Ассоциации песочной терапии. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе будут представлены результаты апробации комплекса групповых и индивидуальных занятий с учениками 11 класса, посвященных преодолению стресса во время подготовки к ЕГЭ. Дана презентация методических материалов и описание конкретных случаев.

Песочная терапия в решении социальных запросов. Практика применения и перспективы развития

Кульгина Юлия Геннадьевна – психотерапевт Санкт-Петербургского психологического общества, специалист по системной песочной терапии, учредитель и член Совета Ассоциации песочной терапии, руководитель секции

«Кинотерапия и подвижный песок» Ассоциации песочной терапии, многократный номинант национального конкурса «Золотая психея». Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматривается специфика применения техник песочной терапии при решении социальных запросов. Дается обоснование перспектив развития данного направления. Приводятся примеры практического применения методов интегральной песочной терапии в решении вопросов профессионального выбора и построения бизнеса; развития команд на предприятиях и в творческих коллективах; диагностики коммуникативных навыков и особенностей в процессе обучения у младших школьников; в решении вопросов кибер-зависимости; в снижении социальной агрессивности.

**Секционное заседание:
«ЮНГИАНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»
Аудитория № 3, 15.45-18.00**

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: Сурина Лидия Алексеевна (Россия, Москва)

Отражение явления синхронистичности в сновидениях. «Вещие» сны

Четвериков Никита Андреевич – М.Д., психоаналитик, юнгианский аналитик, обучающий аналитик и супервизор ИААР/РОАП и ЕКПП. Россия, Санкт-Петербург.

Четверикова Ольга Николаевна – психоаналитик, юнгианский аналитик, обучающий аналитик и супервизор ИААР/РОАП, член ЕКПП. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассмотрено явление вещих сновидений сквозь призму компаративистских исследований: с привлечением различных понятий из области аналитической психологии, квантовой физики, и математической теории множеств. Феномен архетипических, «больших» (в т.ч. вещей) снов демонстрирует актуализацию универсального принципа синхронистичности, обнаруживающего связь феноменов психэ и материи. Вещий сон рассматривается как результирующая работы трансцендентной функции в её связи с *ipus mundus*. Вещий сон, представляющий собой конъюнкцию, одновременно являет завершение определённого этапа индивидуации и, в силу структурирования порядка, отмирание элементов предшествующего упорядочиванию хаоса, а также разрешение конфликта между Эго, личным бессознательным, и коллективным бессознательным. Утверждается, что телеология вещих снов заключается в структуризации смысла нового уровня, нового порядка, трансформации внутриспсихического напряжения, и регрессии Эго до уровня первичной сингулярности временно-пространственного континуума.

Миграции самости в современном мире

Головина Елена Евгеньевна – к.филос.н., аналитический психолог, доцент РГГУ, руководитель психологического центра «Древо души», переводчик, действительный член ОППЛ. Россия, Москва.

Доклад посвящён исследованию актуальных тенденций движения современного человека к индивидуации и обретению психологической целостности, а также тому, как это отражается в различных формах культуры и искусства – литературе, кино, живописи и музыке.

Символические системы в практике юнгианской психотерапии

Сурина Лидия Алексеевна – к.х.н., аналитический психолог, юнгианский психотерапевт, коуч, действительный член и сопредседатель модальности «Юнгианский анализ» ОППЛ, Сертифицированный личный терапевт и супервизор международного уровня ОППЛ, руководитель психологического центра «Творчество жизни». Россия, Москва.

К.Г. Юнг – основатель аналитической психологии и автор концепции коллективного бессознательного – в процессе своих многолетних исследований мировой культуры и обширной психотерапевтической практики обнаружил, что душа человека общается с нами не на обычном вербальном языке, а с помощью символов и образов. Юнг глубоко и подробно изучал мифологию, различные религиозные верования, а также древние символические системы – герметизм, алхимию, гностицизм, астрологию, восточные мандалы и гадательную традицию И-Цзин. В докладе автор показывает, как символические системы, исследованные Юнгом, творчески используются в современной юнгианской психотерапевтической практике.

Архетипы психики в современном пространстве кинематографа

Галиев Ринат Фаридович – к.м.н., юнгианский аналитик, психоаналитик, член РОАП/ИААР, ЕКПП-Россия, действительный член ОППЛ. Россия, Санкт-Петербург.

Символический язык кинематографа обладает мощным потенциалом воздействия как на сознание человека, так и на его личное бессознательное. Противоречия внутреннего и внешнего, архетипических пар Тени и Персоны, Анимы и Анимуса в процессе индивидуации, выраженные языком кинематографа, позволяют применять психоаналитические концепции для понимания и разрешения психологических и социальных конфликтов. Символы, созданные как отражение материнских образов, всегда содержали в себе амбивалентное отношение героев. Ведущие кинематографисты прошлого и настоящего неоднократно обращались к этой теме в своих произведениях. Динамическое развитие этой темы с применением методов глубинной психологии позволяет существенно обогатить достижения современного кинематографа и психологии.

Матрица культурных комплексов в поле психотерапевтического процесса

Арье Елена Андреевна – клинический психолог, аналитический психолог, кандидат International Association of Analytical Psychology-Russian Society of Analytical Psychology, член Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии-Россия, Уральской Ассоциации Аналитической Психологии и Психоанализа. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе в юнгианском ключе исследуются факторы влияния отечественной культурной матрицы на динамику психотерапевтического процесса. Выявляются специфические комплексы на уровне микро- и макрогрупп в рамках внутренней и внешней социологии души. Раскрывается феноменология травмированной пассионарности как личностной характеристики субъекта, а также исследуется специфическая топонимика лиминальности (архетипы пути и границы).

Социальная сеть как средство самотерапии

Лейбель Елена Викторовна – к.филос.н., доцент кафедры журналистики и медиатехнологий СМИ Северо-Западного Института Печати Санкт-Петербургского университета технологии и дизайна, член Российского союза германистов. Россия, Санкт-Петербург.

Ушедшее тысячелетие вскормило модель общества потребления, и большинство людей (осознанно или не осознанно) желают ощущать себя потребителями высокого класса. Для тех, кто не имеет достаточной возможности самопрезентации, существует вариант относительно полноценной сублимации – создание желаемого образа в интернет-пространстве. Идеальный для этого вариант – социальные сети. Автор акцентирует внимание на использование сети как инструмента оттачивания мастерства межличностной коммуникации, флирта, создания багажа «пережитого» опыта. В большинстве случаев виртуальная персона служит для сокрытия стыдливого или ранимого эго, но может послужить и для отыгрывания актуальных конфликтов, для терапии фобий, неврозов, может стать личным тренером и «образцом для подражания».

ПУБЛИКАЦИЯ МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА (ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ И ИЗБРАННЫЕ СТАТЬИ)

Материалы Всероссийского конгресса с Международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)» – тезисы докладов и научные статьи по проблематике конгресса – размещены в четвертом выпуске Сетевого научно-практического издания **«Антология Российской психотерапии и психологии»** – фундаментального издания материалов научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов».

С содержанием выпуска, посвященного Всероссийскому конгрессу с Международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)», вы можете ознакомиться на Официальном сайте ОППЛ по адресу <http://www.oppl.ru/cat/antologiya-rossiyskoy-psihoterapii.html>

Благодарим вас за участие в конгрессе!