

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан

**Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Министерства здравоохранения Республики Башкортостан**

**Всероссийская научно-практическая конференция
«Психотерапевтическая помощь. Достижения,
задачи и перспективы»**

Материалы конференции

УДК 615.851(063)

ББК 53.57

П 86

**Всероссийская научно-практическая конференция
«Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и
перспективы».**

(Материалы конференции). - Уфа: с. 146

Главный редактор:

Главный врач ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, главный внештатный специалист психотерапевт Минздрава РБ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России **И.Ф. Тимербулатов**

Редакционный совет:

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России **В.Л. Юлдашев;**
к.м.н., доцент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России **О.А. Пермякова;**

заместитель главного врача по ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, ассистент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России **Е.М. Евтушенко.**

© ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019

© ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, 2019

О СОСТОЯНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ
И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, Ufa.rkrc@doctorrb.ru

В последние годы все чаще раздаются голоса о системном кризисе в психиатрии. Этому вопросу посвящаются выступления и издания. Отстаивают свое мнение по этому поводу представители разных школ, ведущие ученые, руководители научных и практических учреждений в области душевного здоровья.

Многое из обсуждаемого, действительно, если не находится в критическом состоянии, то по крайней мере, меняет мнение о службе как у специалистов, так и у пациентов.

Консервативность психиатрии вызывает чувство досады вследствие отставания ее, как науки, от других медицинских дисциплин. Падение престижа профессии на фоне общего отношения общества к системе здравоохранения, даже не требует оправдания. К сожалению, кризис образования постепенно приводит к снижению клинического уровня специалистов. Еще одной значительной проблемой службы - является, так называемая, психологизация психиатрии. Все той же значительной составляющей оказания помощи душевно больным остается стигматизация.

Республика Башкортостан - регион со своими новаторскими идеями и тенденциями. Недостаточный уровень лечебной помощи лицам с пограничными нервно-психическими расстройствами в республике компенсирован созданием ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ, создание в целях реализации распоряжения Правительства Республики Башкортостан от 14.11.2011г. №1435-р. Имеет в своем составе 220 круглосуточных коек, 45 из которых детские, 162 койки дневного пребывания, 9 амбулаторных психотерапевтических кабинетов.

С 2016 года велась планомерная работа по открытию межмуниципальных психотерапевтических подразделений с территориальными зонами ответственности, позволяющими приблизить психотерапевтическую помощь к пациентам и сделать ее более доступной.

На 01.01.2019 года в республике функционирует 475 круглосуточных профильных коек, развернуто 282 койко-места в дневном стационаре, открыт 21 амбулаторный психотерапевтический кабинет.

Психотерапевтическая помощь оказывается в ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ, ГБУЗ ГБ№2 г.Стерлитамак, ГБУЗ Архангельская ЦРБ, ГБУЗ Верхнеяркеевская ЦРБ, ГБУЗ Краснокамская ЦРБ, ГБУЗ Кигинская ЦРБ, ГАУЗ РБ Учалинская ЦРБ, ГБУЗ РБ ГБ г.Сибай, ГБУЗ РБ Мелеузовская ЦРБ, ГБУЗ РБ Чекмагушевская ЦРБ, ГБУЗ РБ ЦГБ г.Кумертау, ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ, ГБУЗ РБ Бакалинская ЦРБ, ГБУЗ РБ Мраковская ЦРБ, ГБУЗ РБ ЦРКБ г.Белорецк, ГБУЗ РБ Белокатайская ЦРБ.

В рамках мероприятий «Столетию Башкортостана – 100 новых объектов» торжественно открыто новое подразделение ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ по адресу г.Уфа, ул.Р.Зорге, 73/3. На площади 6792,8 м² развернуты: амбулаторное консультативно-диагностическое отделение, дневной стационар на 30 пациенто-мест, приемное отделение, три круглосуточных психотерапевтических отделения - кризисных состояний, неврозов, аффективных расстройств каждое по 30 коек, физиотерапевтическое отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, внутрибольничная аптека, собственный пищеблок.

Открытие нового корпуса ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ позволит привести оказание кризисной помощи пациентам в соответствие федеральным нормативам, согласно приказа Минздрава России от 6 мая 1998 года №148 «О специализированной помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением» и, тем самым, завершить формирование в республике трехуровневой системы оказания специализированной психотерапевтической помощи.

Полученный положительный опыт оказания помощи лицам в кризисном состоянии позволил, впервые в Российской Федерации, разработать и внедрить пилотный проект по утверждению нормативного документа План мероприятий («дорожная карта») по профилактике суицидов и аутоагрессивного поведения, утвержденный распоряжением Правительства Республики Башкортостан от 13 марта 2018г. №184-р

Целевые индикаторы «дорожной карты» по профилактике суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения включают:

1. Уровень суицидов в 2018 году, по данным Башкортостанстата, составил 19,9 на 100 тыс. населения.

2. Доля лиц, получивших психологическую и психотерапевтическую помощь, от общего числа населения;

Плановое значение 5% , показатель достигнут, фактическое исполнение - более 200 тыс. человек.

3. Доля трудоспособных работоспособных граждан в сельских поселениях от общего количества обратившихся в центры занятости.

Плановое значение 64,7% , фактическое исполнение показателя превысило плановый и составило – 69,1%.

4. Доля детей, подростков и молодежи учебных заведений, охваченных коррекционными занятиями по проблемам стрессоустойчивости, от общего числа обучающихся.

И плановое и фактическое исполнение составило 60%, показатель достигнут.

5. Доля лиц, вовлеченных в активную социально значимую деятельность, от общего числа населения.

Плановое значение и исполнение составляют 12%, показатель достигнут.

6. Доля специалистов, прошедших повышение квалификации по вопросам профилактики суицидов, от общего числа работающих в медицинских учреждениях сложилась из прошедших обучение на кафедре психотерапии с курсом ИДПО и охваченных лекционными мероприятиями при осуществлении выездной работы.

Плановое значение 10%, показатель достигнут, фактическое исполнение составило более 1500 специалистов.

Одной из задач Плана мероприятий является обеспечение развития инфраструктуры учреждений системы профилактики суицидов и аутоагрессивного поведения.

В 2018 году в республике открыто восемь структурных подразделений психотерапевтического профиля, из них 5 амбулаторных кабинетов психолого-психотерапевтической помощи. Все эти подразделения открыты в структуре Республиканского клинического психотерапевтического центра.

В соответствии с «дорожной картой» во всех медицинских организациях муниципальных районов и городских округов РБ подготовлены и утверждены планы работы по профилактике суицидального и аутоагрессивного поведения населения, в том числе, среди обучающихся. Отработан алгоритм маршрутизации пациентов, имеющих риск аутоагрессивного поведения. На постоянной основе ведется инструктивно-методическая работа по вопросам раннего выявления депрессии в работе врачей первичного звена. В рамках проведения мероприятий по

повышению уровня социально-психологической грамотности медицинских работников в вопросах выявления и профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения детей и подростков ведется работа в каждой поликлинике ГО г.Уфа РБ. Во все медицинские организации РБ разосланы методические рекомендации «Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники». Постоянно контролируется направление лиц в кризисном состоянии и с суицидальными тенденциями в психотерапевтические подразделения РБ согласно маршрутизации и зонам ответственности.

За 2018 год в отделении «Телефон доверия» принято более 30 тыс. звонков, из них младшими школьниками (7-10 лет) – 0,6%, младшими подростками (11-14 лет) – 2,07%, старшими подростками (15-17 лет) – 5,16%, из всех звонков 6,8% были с суицидальными тенденциями.

С целью повышения грамотности педагогических работников в отношении суицидального и аутоагрессивного поведения в образовательных учреждениях города Уфы проводились семинары для педагогов о профилактике суицидального поведения. Специалисты ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ приняли участие в работе городской родительской конференции «Эффективность взаимодействия родительской общественности и образовательных учреждений ГО г. Уфы РБ в воспитании детей и подростков» на базе Башкирского института социальных технологий. Регулярно проводятся тематические общешкольные родительские собрания. Для заместителей директоров по воспитательной работе школ и профессиональных образовательных учреждений на регулярной основе проводятся семинары по организации раннего выявления суицидальных и аутоагрессивных тенденций среди обучающихся.

В рамках организационно-методической работы по профилактике суицидов, специалистами психотерапевтической службы на регулярной основе осуществляются выезды в территории с нестабильными показателями. В 2018 году осуществлено 34 выезда в районы и города республики.

Помимо практической помощи медицинским работникам по раннему выявлению кризисного состояния, каждый выезд сопровождается методической работой в отношении специалистов образования, социальной сферы, средств массовой информации и других служб.

Общее количество специалистов, получивших практическую и организационно-методическую помощь – 3600 человек.

Наряду с мероприятиями, направленными на профилактику аутоагрессивного поведения ведется работа по предупреждению деструктивного поведения молодежи, в том числе через работу в сети Интернет.

С 2018 года ведется работа по оказанию психотерапевтической и психологической помощи обучающимся ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

С 1 сентября 2018 года начата работа согласно приказа Минздрава РБ от 23.07.2018 года № 295-А «Об оказании выездной психотерапевтической помощи в МБОУ ДО Центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи ГО г.Уфа».

Приказ Минздрава РБ «Об организации медицинской помощи населению по профилю «психотерапия» в медицинских организациях Республики Башкортостан», прошел согласование в Минздраве РБ, находится на регистрации в установленном законом порядке.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Абрамова Э.М., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, abramov-dom@yandex.ru

ОКР у детей и подростков – одно из распространенных психических расстройств гетерогенной природы, приводящих к выраженному дистрессу или социальной дезадаптации. При раннем проявлении отдельных симптомов ОКР в возрасте 3-4 лет субъективное чувство неотвязности и тягостности не осознается и заключается в констатации детьми факта совершения движений или в жалобах на неопределенные неприятные ощущения в отдельных частях тела, сопровождающиеся стремлением к реализации компульсий. К особенностям возрастной специфики обсессивных нарушений у детей 6-11 лет относится появление навязчивых мыслей (обсессий) аффективного уровня, в содержании которых присутствует тема угрозы безопасности (страх потери родителей, загрязнения, заражения, несчастного случая), обсессии сопровождаются выраженным компульсивным поведением. К 7-8 годам, понимая неадекватность обсессий и компульсий, дети часто называют их «привычками». В более старшем возрасте (9-12 лет) появляется частичное критическое отношение к ОКР. В пубертатном возрасте ОКР в значительной степени соответствуют критериям и приближаются по степени завершенности симптоматики к аналогичным расстройствам у взрослых, сопровождаются чувством неотвязности с сознанием болезни, стремлением избавиться от тягостных переживаний и импульсов.

В Республиканском клиническом психотерапевтическом центре ОКР у детей диагностируется психиатром, психотерапевтом. Клиническим психологом проводится тестирование, целью которого является выявление напряженности, тревоги, депрессии, ананкастных, тревожно-мнительных черт личности. Специалист использует проективные методики – рисуночные тесты, методы интерпретации образного материала. Личностная сфера подростков исследуется с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО). Физикальное обследование (соматическое и неврологическое) вначале проводится самим психиатром, затем педиатром, невропатологом. Дополнительные методы обследования включают проведение: клинического и биохимического анализов крови, мочи; мазок из зева и носа на дифтерийную палочку; бактериологический анализ ЭЭГ, УЗДС и другие лабораторные и инструментальные исследования. Методы нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-ядернорезонансное исследование) - по показаниям.

Основополагающие принципы лечения ОКР основаны на биопсихосоциальном подходе - комплексном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (психотерапевтическая работа, когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) терапия с пациентом и его семьей и педагогическая работа.

Суть метода заключается в следующем: используя список симптомов, во время сеанса психотерапевт подвергает пациента воздействию определенного страха. При этом воздействие оказывается бережно, постепенно, начиная с менее пугающих пунктов к более пугающим. Врач постоянно следит за тем, чтобы воздействие было переносимым для больного и «работало» на конечную цель — избавление от симптома. В промежутках между сессиями пациент обязательно выполняет домашние задания, которые также разрабатываются индивидуально и представляют собой работу с определенным симптомом.

Критериями эффективности терапии ОКР являются клиническое и социальное улучшение в виде положительной динамики клинических проявлений и восстановления социальной адаптации при соблюдении требования безопасности терапии.

О РАЗРАБОТКЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ И
АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Адгамов М.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, marat_a@bk.ru

На начальном этапе уполномоченным органом - Минздравом РБ осуществлялась разработка проекта подпрограммы «Профилактика суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения» в рамках действующей государственной программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан».

Данная работа проводилась во исполнение пункта 3 Перечня поручений Президента Республики Башкортостан по итогам встречи с главами администраций муниципальных районов, городских округов и городских поселений и главными врачами учреждений здравоохранения Республики Башкортостан 10 декабря 2014 года согласно утвержденным Правительством РБ Требованиям и методическим рекомендациям по разработке и корректировке государственных программ.

При разработке проекта подпрограммы учитывались рекомендации доклада Всемирной организации здравоохранения 2014 года «Предотвращение самоубийств: глобальный императив» по созданию национальных стратегий по предупреждению самоубийств с использованием мультисекторального подхода с позиций общественного здравоохранения.

С учетом отсутствия на федеральном и региональном уровне аналогичных программ велась работа в порядке межведомственного взаимодействия с Министерством образования РБ, Министерством молодежной политики и спорта РБ, Министерством труда и социальной защиты населения РБ в целях уточнения мероприятий подпрограммы на этапе формирования паспорта и целевых индикаторов.

Целью подпрограммы являлось снижение уровня суицидов в Республике Башкортостан к 2020 году на 15% по сравнению с 2014 годом (с 33,3 на 100 тыс. населения в 2014 году до 28,3 на 100 тыс. населения в 2020 году). В качестве задач подпрограммы были определены: организация системы профилактики суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения, повышение эффективности оказания специализированной психологической, психотерапевтической и наркологической помощи населению в Республике Башкортостан.

В последующем, на основе проекта подпрограммы с учетом предложений и замечаний Минэкономразвития РБ и других министерств был подготовлен проект постановления Правительства РБ «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Башкортостан от 31 декабря 2014 г. № 670 «О государственной программе «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан» и внесен в Правительство РБ на рассмотрение и согласование в установленном порядке (от 9 октября 2015 года № 2-1-Пост-554-Проект).

После согласования в мае 2017 года проекта постановления Министерством экономического развития РБ - уполномоченным республиканским органом исполнительной власти, выполняющим методическое руководство и координацию работ по разработке и реализации государственных программ Республики Башкортостан, указанный проект был направлен на экспертизу в Министерство финансов РБ.

В июле 2017 года в связи с получением заключения Минфина РБ и наличием разногласий по проекту постановления в Правительстве РБ было проведено обсуждение с заинтересованными лицами и принято решение о возможности реализации мероприятий по профилактике суицидов путем утверждения Правительством РБ соответствующего плана мероприятий («Дорожной карты»).

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ.

Алянгина С.У., Клих Т.Ю., ГУАЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, tanyareb24@yandex.ru

Одной из наиболее острых медико-социальных проблем в России является суицид. Республика Башкортостан занимает одно из лидирующих мест в «рейтинге суицидов» (795 случай за 12 месяцев 2018 года). Сложившаяся ситуация и концепция диатез-стресса диктует специалистам психотерапевтической службы Республики усилить диагностику и раннее выявление лиц склонных к суицидальному поведению. Для этого проводятся регулярные тестирования детей на предмет эмоционального состояния. Тестирование проводится массово в школах г. Уфы, и позволяет выявить детей из группы риска, для дальнейшего консультирования в Республиканском Клиническом Психотерапевтическом Центре Министерства Здравоохранения Республики Башкортостан (ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ). А также группы РКПЦ, в составе врачей-психиатров/психотерапевтов и психологов, после завершения суицида выезжают на места, для предотвращения эффекта Вертера, и оказания психологической помощи микросоциуму суицидента. Еще специалисты центра консультирую детей и подростков после суицидальной попытки, с возможностью их дальнейшего лечения в условиях стационара. Так же сотрудники нашего центра регулярно посещают школьные родительские собрания, с целью информирования родителей и учителей о так называемых суицидальных маркерах, и дальнейшей тактике действий при их обнаружении.

Вследствие этой работы, за I квартал 2019 года в Отделении патологии речи и психотерапевтической реабилитации детей и подростков ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ (ОПР и ПТР детей и подростков) врачами-психиатрами и врачами –психотерапевтами были консультированы 138 подростков с суицидальными тенденциями, проведено 39 выездных работ. Девочек среди обследуемых было 110, что составило 79,7%, а мальчиков 28 и 20,3% соответственно. Большая часть детей, а это 76%, оказались жители столицы РБ г. Уфы. Распределение по возрастам получилось следующим образом: 11 и 12 лет по 6%; 13 лет-9%; 14 лет основная категория- 38%; 15 лет - 16%; 16 лет- 11% и 17 лет-16%. Значительной части обследуемых (81%) было предложено заполнить «Шкалу тревоги и депрессии», по результатам которой у 87,9% имелись расстройства тревожного ряда и депрессивные расстройства у 73,2%. У 119 обследуемых детей были обнаружены расстройства адаптации – (86,2%). Стоит отметить, что за аналогичный период 2018 года было принято 105 детей, процентное соотношение по половой принадлежности имеет незначительное различие (девочек 81%, а мальчиков 19%). Жителей города Уфы было 85 человек, что составило 81%. Выездных работ было проведено 22.

Из выше сказанного можно сделать вывод:

- усилилась работа по профилактики суицидального поведения в Республике, за счет чего выросло количество пациентов с суицидальными тенденциями;
- жители столицы преобладают среди общего числа пациентов;
- весомое значение в суицидальном поведении играют расстройства адаптации, явления тревожного и депрессивного ряда; и девочки оказались больше этому подвержены, чем мальчики.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЁМОВ ТЕРАПИИ ВООБРАЖЕНИЕМ
В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Ахметзянов Т.У., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа
timur_ahmetjan@mail.ru

Воображение является базовым свойством сознания. Помимо памяти, намерения, воли, решающее значение в процессе восприятия мира и деятельности, имеет имагинативная способность человека к соединению и раскрытию фрагментарных, обрывочных представлений в целостный образ. Метафорически-образное мышление пронизывает всю культуру человека, проявляясь в форме мифов, изобразительного искусства, толкования сновидений. С самого раннего детства человек живёт в мире символов, образов, с помощью которых осознаёт себя.

С XVIII в. в систему научных знаний входит понятие бессознательного. На основе предположения о влиянии ранних детских конфликтов на образование патологических невротических симптомов, учёные стали использовать образы воображения как волшебное зеркальце, с помощью которого можно заглянуть в глубинные психические структуры, выстроить мост для соединения фрагментов психики и таким образом произвести целебное действие.

В практической психотерапии пограничных психических расстройств наиболее методологически проработанным методом является психотерапия кататимного (эмоционально обусловленного) переживания образов, разработанная в 40-50-ые годы XXв. В РФ метод известен с конца 90-ых годов XXв. под названием «символдрама». Метод обращается к тем структурам психики, которые оперируют образами, эмоциями и символами. По мнению авторов, образы фантазии, возникающие у пациента в наведённом грёзоподобном состоянии, имеющие вид эйдетических представлений, являются проявлениями потребностей, конфликтов или аффектов, образующих содержание бессознательного. Образы универсальны и носят архетипический характер, отражают экзистенциальные жизненные ситуации. Символдрама даёт возможность глубоко пережить, проработать и принять то, что при использовании вербально-когнитивных техник психотерапии оставалось бы на поверхностно-понятийном уровне. То, что нельзя выразить словами, «проговаривается» пациентом на языке сказочных метафор, символов, образов. Благодаря своей специфике, обходятся обычные для травмированного невротика психологические защиты.

Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов, "внутренних картин" на заданную психотерапевтом тему. Пациенту предлагается набор универсальных образов, от наиболее простых к сложным. Стандартными мотивами являются: цветок, луг, ручей, дом, гора, дерево, лес, животные, нора, болото, вулкан, люди и мифические персонажи. В процессе работы происходит саморазвёртывание темы, проявление индивидуального эмоционального содержания. С процессуальной точки зрения сеансы подобны ступенчатому гипнозу или управляемой регрессии. Одновременно метод позволяет как диагностировать, так и лечить пациента. Психотерапия направлена на развитие пациента через удовлетворение архаических потребностей, расширение Я-концепции, прорабатывание невротических конфликтов, поддержание креативности. В каждом конкретном случае работы с пациентом психотерапевт перемещается в этой условной системе координат, используя различные специализированные техники, режиссёрские приёмы. Психотерапевт при этом выполняет контролирующую, сопровождающую и направляющую функции. Позиция психотерапевта диалогическая, эмпатическая, поддерживающая.

МАСКИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.

Байгильдина Э.И., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, murz-el@yandex.ru

Рудкевич Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, r.r.1510@mail.ru

Согласно многочисленным источникам статистических данных, депрессия различной степени тяжести наблюдается у 60-80% подростков, причем в большинстве случаев меланхоличные состояния, длящиеся более двух недель, требуют оказания профессиональной медицинской помощи. В детском и отроческом периоде проблема суицидального поведения стала предметом пристального внимания ученых всего мира. Согласно данным американской психиатрической ассоциации именно самоубийства являются основной причиной смертности среди детей и молодежи: ежегодно более 500 000 представителей молодого поколения делают суицидальные попытки, из них 5 000 случаев оборачиваются летальным исходом.

Установлены и подтверждены многочисленные факторы, влияющие на формирование депрессии. В большинстве клинически зафиксированных случаев, расстройство, возникшее в возрастном периоде от 12 до 25 лет, имеет наследственную природу (генетическая предрасположенность к патологиям психической сферы).

Вторым по значимости фактором, провоцирующим депрессию у подростков, выступает неблагоприятная атмосфера в семье. Взросление в неполной семье, пьющие родители, отсутствие единой стратегии воспитания наследников, частые ссоры и выяснения отношений между родственниками, завышенные, несправедливые требования к ребенку оказывают огромное негативное влияние на детскую психику.

Симптоматика, маскирующая депрессивные расстройства у подростка, имеет отчетливое возрастное своеобразие. Соматические симптомы в виде общего недомогания, различных алгий, расстройств пищеварения, нарушений аппетита, астенизации свойственны депрессивным детям и подросткам младшего пубертатного возраста (до 12 лет). Наряду с такими малодифференцированными признаками изменения общего состояния довольно явно меняется и поведение подростков: прежде вполне общительные, живые и разговорчивые, они становятся одиночками, замкнутыми, теряют интерес к прежним увлечениям и играм, жалуются на скуку и усталость и крайне редко — на грусть или тоску.

Подростки совершают разного рода суицидальные попытки, в значительной мере демонстративного характера. Обязательным условием истинного суицида подростка является наличие у него депрессии. Ранняя диагностика и комплексная терапия депрессии является единственной возможностью попытаться предотвратить повторение суицидальной попытки, а иногда и предупредить первичную, не допустить ее.

Из вышесказанного следует, что депрессивные состояния у подростков представляют собой неоднородную группу. Имеющиеся научные работы указывают на полиморфизм и атипичность данных состояний. Депрессивные расстройства могут выступать изолированно, либо сочетаться с другими психопатологическими проявлениями. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения клинико-динамических характеристик депрессивных расстройств у подростков с целью оптимизации диагностики и терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПНОТЕРАПИИ ПРИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Байков И.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа
rkpc19@gmail.com

В настоящее время представляется крайне важной проблема изучения эффективных методов терапии тревожных расстройств, ввиду их широкой распространённости в медицинской практике.

Общепринятой тактикой лечения неврозов с тревожным компонентом считается комплексный подход, включающий в себя фармакотерапию и психотерапевтические методы. Монотерапия тревожных расстройств, в виде исключительно медикаментозного лечения, показывает хорошую эффективность лишь на начальных этапах терапии. При этом даже после завершения длительного курса приема препаратов с противотревожным эффектом, тревожность, зачастую, возвращается, ввиду многофакторности патогенеза тревожности.

В свою очередь, психотерапия позволяет подойти с психологической точки зрения к природе возникновения тревожности. Это проявляется в работе, направленной на изменение привычного типа отношений с окружающими и стереотипов эмоционального реагирования, повышения уровня толерантности к тревоге. Среди психотерапевтических методов лечения тревожных расстройств широкое распространение получили методы когнитивно-поведенческой терапии и гипнотерапии.

Целью данного исследования является оценка уровня эффективности гипнотерапии при лечении тревожных расстройств с приступами паники. В ходе работы были отобраны 40 пациентов с диагнозами F41.0 Паническое расстройство [эпизодическая пароксизмальность тревожности] и F41.1 Генерализованное тревожное расстройство, ранее прошедшие курс психофармакотерапии препаратами группы СИОЗС (эсциталопрам, сертралин, пароксетин и т.д.), но у которых в дальнейшем отмечались рецидивы тревожных проявлений. С каждым пациентом проводился индивидуальный сеанс гипноза по методике универсальной гипнотерапии, разработанный Тукаевым Р.Д. В общей сложности, было проведено 12 сеансов с каждым пациентом, с частотой 2-3 сеанса в неделю и длительностью одного сеанса в 15-20 мин. На фоне проводимой универсальной гипнотерапии, практически все пациенты отмечали улучшение своего состояния, выражающееся в постепенной дезактуализации тревожности, в снижении вегетативных жалоб, редукции панических атак. Субъективные высказывания об улучшении состояния подтверждались психологическим обследованием каждого пациента с помощью стандартизированных опросников (СМИЛ, Шкала тревоги Спилбергера, Шкала самооценки тревоги Шихана, Шкала депрессии Бека, Торонтская алекситимическая шкала). Согласно данным теста СМИЛ, в начале гипнотерапии средние показатели были на уровне 58,79. При повторном тестировании средние показатели снизились до уровня 42,84, что говорило о снижении уровня тревожности у обследуемых. При анализе остальных результатов психологического обследования, также прослеживалось снижение уровня тревожности и вегетативных жалоб, нормализация настроения у обследуемых пациентов.

Таким образом, психотерапия, в частности в виде универсальной гипнотерапии по методу Тукаева Р.Д., показала высокую эффективность при лечении пациентов с тревожными расстройствами. Этот метод может быть широко использован на различных этапах развития тревожности при пограничных расстройствах, в том числе и у пациентов с малой эффективностью психофармакотерапии.

РАЗЛИЧИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Байтимерова И.В. ГБУЗ РБ Поликлиника № 46, г.Уфа, Irinapulmo@gmail.com
Низамутдинова Р.З., ФГБОУВО «Башкирский государственный медицинский университет», кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО, г. Уфа.

По данным ВОЗ, в 2015 году, табакокурение стало вторым ведущим фактором риска преждевременной смерти и инвалидности во всем мире. На сегодняшний день число никотинозависимых на планете достигло почти миллиарда человек. Показатели распространенности курения в России одни из самых высоких в мире. По данным ВЦИОМ на август 2014 г. курили 35% россиян. Среди мужчин активными курильщиками было 60,2% (30,6 миллиона), среди женщин - 21,7% (13,3 миллиона). При этом статистика не учитывает также тех, кто курит электронные сигареты.

Табачную зависимость необходимо рассматривать как отдельное заболевание. Проведение организационных мероприятий по оказанию эффективной медицинской помощи следует считать важным ключевым моментом борьбы с данной проблемой. Каждому пациенту должна быть предложена индивидуальная стратегия его лечения. Необходима оценка статуса и вида курительного поведенческого стереотипа.

Для выполнения поставленной цели проведено анонимное анкетирование лиц, разного пола, чья профессия связана с умственным и физическим трудом. Количество опрошенных составило 80 человек, из них 45 мужчины и 35 женщин в возрасте от 23 до 71 года, средний возраст – 42,5 лет. Число людей задействованных в интеллектуальных профессиях составило 59 человек, с работами, связанными с физическим трудом - 21 человек. На вопрос: курите ли Вы, положительно ответили 39% опрошенных, из них 16% составили женщины, 84% были мужчинами. Средний возраст начала курения – 18,7 лет. Пациентам с табакозависимостью оценивали статус курения.

С помощью теста Фагерстрема оценивали степень никотиновой зависимости (НЗ). Чем выше степень табакозависимости по данному тесту, тем меньше шансов, что человек сможет бросить курить без лекарственной терапии. Полученные результаты, показали, что слабая и очень слабая НЗ отмечалась у 59% респондентов, средняя – у 21%, а высокая и очень высокая – у 20% опрошенных.

Тип курительного поведенческого стереотипа оценили с помощью анкеты Д. Хорна. По итогам тестирования 41% курильщиков имели смешанный тип курения, в качестве самого частого типа курительного поведения респондентов фиксировалась «поддержка», что соответствовало 37% случаям. Возможно это связано с профессиональной спецификой опрошенных. Согласно полученным данным 48% респондентов указали на стрессовые ситуации в качестве вредного фактора, имеющегося на рабочем месте. О желании бросить курить в настоящее время, положительно ответили 89% респондентов, в то же время по результатам оценки мотивации лишь у 32% респондентов отмечалась сильное желание, 38% имели слабое желание, у 1% желание бросить курить отсутствовало, 29% респондентов затруднились ответить на вопросы.

Статус курения является важным показателем состояния здоровья. Его оценка необходима при составлении лечебной программы у пациентов с табакозависимостью. Тест Фагерстрема показал, что почти каждому четвертому человеку необходима лекарственная терапия. Согласно анкете Д. Хорна отчетливо видна целесообразность седативной и психотерапевтической терапии, особенно у респондентов, чья профессия связана с умственным трудом. Различий по гендерному признаку не выявлено. В тоже время достижение успеха возможно лишь у трети пациентов, если учесть результаты оценки мотивации к отказу от курения.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Бакиева Дилара Саматовна, Всероссийский центр глазной и пластической хирургии
МЗ РФ, г. Уфа, dilara.bakieva@mail.ru

Суворова Регина Альбертовна, Всероссийский центр глазной и пластической
хирургии МЗ РФ, г. Уфа, regina.suvorova@mail.ru

Шарипов Амир Рашитович, Всероссийский центр глазной и пластической хирургии
МЗ РФ, г. Уфа, allopsy58@mail.com

В статье описаны эффекты влияния психологической саморегуляции на состояние зрительной системы офтальмологических пациентов. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии психологической саморегуляции на состояние зрительной системы пациентов с офтальмопатологией.

Ключевые слова: психологическая саморегуляция, гетеросуггестивная релаксация, состояние зрительного анализатора.

Современный парк диагностического оборудования и прогрессивные технологии в области диагностирования и лечения глазных болезней выдают офтальмологического пациента, как «объект» лечебного воздействия, а его персональное участие в излечении сводится к пассивному исполнению рекомендаций врача. И тот факт, что зрительные нарушения, как врожденные, так и приобретенные, сопровождаются существенной социальной и психологической дезадаптацией уходят на второй план. Все это требует восстановления активной позиции пациента в отношении своего состояния и его непосредственного участия в процессе лечения.

Для этого в лаборатории клинической психологии и психофизиологической коррекции зрения ВЦГПХ «аллоплант» разработаны и успешно применяются приемы обучения пациентов саморегуляции, Обучившись саморегуляции, человек становится ответственным за результаты лечения. Для изучения механизма влияния психологической саморегуляции на состояние зрительного анализатора нами было проведено исследование краткосрочных эффектов процедур психофизиологической саморегуляции у офтальмологических пациентов Всероссийского центра глазной и пластической хирургии.

Провели измерения основных офтальмологических показателей до и после саморегуляции. Сравнительный анализ исследуемых показателей проводили пакетом программ STATISTICA 7 с использованием Т-критерия Стьюдента для попарно связанных выборок. Значимыми считали различия, достоверные при $p < 0.05$.

Краткосрочные эффекты саморегуляции не обнаружили достоверных изменений показателей остроты зрения, сферической и цилиндрической составляющих рефракции электрической лабильности и критической частоты слияния мельканий на красный стимул.

Было отмечено, что единичный сеанс саморегуляции приводит к достоверному снижению ВГД, падению порога электрической чувствительности, а так же приростам критической частоты слияния мельканий на зеленый и, особенно – синий стимулы. Кроме того, наблюдалась устойчивая тенденция к росту температуры периорбитальной области, что может свидетельствовать об усилении капиллярного кровотока.

Результаты исследований прямо указывают, что краткосрочные эффекты саморегуляции связаны как с улучшением гемо-гидродинамики глаз, так и с закономерным повышением возбудимости зрительного нерва и периферии сетчатки. Можно полагать, что при систематической практике саморегуляции происходит кумуляция описанных краткосрочных эффектов, сопровождающаяся устойчивым повышением остроты зрения в отдаленные сроки..

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ЧУВСТВОМ СУБЪЕКТИВНОГО ОДИНОЧЕСТВА

Бакиров Л.Р., ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и
наркологии с курсом ИДПО, г. Уфа, BLR.UFA@yandex.ru

Ключевые слова: игровая зависимость, субъективное чувство одиночества

Актуальность данного исследования определяется быстрым темпом развития игровой индустрии. По данным исследования под названием IGRU 12 % от контрольной группы из 7000 человек имеют признаки зависимости [4]. Вместе с этим возрастает число людей, ощущающих отсутствие или недостаток социальных связей – субъективное одиночество.

Так как проблема одиночества, связанного с компьютерными играми, в настоящее время изучено недостаточно хорошо, мы поставили перед собой цель выявить взаимосвязь между внутренним чувством одиночества подростка и его тяги к компьютерным играм.

В результатах другого исследования зависимость ощущения одиночества и игровой зависимости объясняется компенсацией недостатка в общении за счёт установления новых связей с другими игроками [1].

Респондентами стали студенты вузов России. Средний возраст респондентов составил $19,36 \pm 2,36$. Для достижения поставленной цели применялись следующие методики. Тест-опросник А.В. Гришина «Степень увлеченности подростков компьютерными играми» [2] для выявления уровня заинтересованности студентов в видеоиграх. «Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М.Фергюсона [3]. Результаты и обсуждения. В исследуемой выборке 20,5% (16/78) респондентов имеют высокий уровень одиночества, 30,8% (24/78) средний уровень и 48,7% (38/78) низкий уровень. Корреляционный анализ по Спирмену не выявил связи между игровой зависимостью и шкалой субъективного одиночества. При этом была выявлена положительная корреляционная связь между возрастом и: уровнем эмоциональной привлекательности компьютерных игр ($r=0.23$), уровнем самоконтроля ($r=0.27$). Это говорит нам о том, что с возрастом укрепляется эмоциональная связь с видеоиграми и понижается уровень самоконтроля. При сравнении групп в зависимости от половой принадлежности была выявлена статистически значимая разница. У женщин наблюдается более высокий показатель по шкале субъективного ощущения одиночества, тогда как у мужчин показатели выше по шкалам эмоционального отношения к играм, уровню самоконтроля и азартной вовлеченности.

Это показывает, что мужчины больше подвержены игровой зависимости, тогда как женщины чаще ощущают себя одинокими.

1. Брагина О.А. – Одиночество как значимый фактор формирования зависимости от многопользовательских ролевых онлайн-игр. Саратов, 2015
2. Гришина А.В. Тест-опросник степени увлеченности младших подростков компьютерными играми // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.- 2014.- №4 -с.131-141.
3. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Издательство Института Психотерапии, 2005. 490 с., с. 17
4. Social Sciences The International Gaming Research Unit (International Gaming Research Unit)

ДЕПРЕССИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Биккузина Д.М., Юсупов Д.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Депрессивные и тревожные состояния стали одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. По данным ряда авторов, число людей, имеющих депрессивную или тревожную симптоматику, за последние два десятилетия, увеличилось почти на 50%. Особо актуально изучение указанных состояний у студентов медицинских университетов, что связано высокими требованиями, предъявляемыми к обучающимся, необходимостью адаптации к психоэмоциональным перегрузкам при работе в практическом здравоохранении. Цель нашего исследования – выявить распространенность и выраженность депрессивных переживаний, ситуативной и личностной тревожности у студентов медицинского университета.

Для исследования нами были выбраны следующие психодиагностические методики. Шкала депрессии Бека (1961 г.) – достоверная и валидная методика, позволяющая выявить наличие и степень выраженности депрессивных переживаний у респондента. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), адаптированная Ю.Л. Ханиным - информативный способ оценки выраженности ситуативной и личностной тревожности. Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10.

Испытуемыми стали 251 респондент - обучающиеся лечебного и педиатрического факультетов медицинского университета. Средний возраст респондентов составил $21 \pm 2,14$ лет. 19% (47/251) – испытуемых были мужского пола, 81% 204/251 – женского пола. Сбор материалов проходил дистанционным методом с использованием платформы «Google формы», что позволило сохранить анонимность и обеспечило высокую надежность полученных данных. При анализе данных, полученных при использовании «Шкалы депрессии Бека (1961 г.)» было выявлено, что удовлетворительное эмоциональное состояние наблюдалось у 177 (71%) респондентов. По данным шкалы, легкая депрессия (субдепрессия) встречалась у 42 (17%) обучающихся, умеренная у 16 (6%), выраженная у 11 (4%) и тяжелая - у 5 (2%) испытуемых. При анализе результатов, полученных с применением шкалы тревоги Спилбергера-Ханина было выявлено, что для студентов медицинского университета характерно преобладание личностной тревожности: низкий уровень встречался у 15 испытуемых (6%), умеренная выраженность у 110 (44%), высокая личностная тревожность характерна для 126 (50%) респондентов. Также было выявлено, что для 56 (23%) респондентов характерно низкое проявление ситуативной тревожности, для 109 (43%) испытуемых умеренное. У 86 (34%) респондентов наблюдалась ситуативная тревожность высокой степени выраженности.

Таким образом, мы определили, что одна треть изученных нами студентов имеют признаки депрессивных переживаний, при этом у 6 % испытуемых в выраженной и тяжелой степени. Высокая личностная тревожность характерна для половины испытуемых, что может быть связано с ответственным отношением к обучению. Высокие показатели ситуативной тревожности характерны для 34% респондентов.

ЭФФЕКТИВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Габдрахманова Г.Г., Смакова А.Т. ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, Alf2307@yandex.ru

1. Что есть, то есть.

Известное изречение Будды гласит: «Ваши страдания вызваны вашим сопротивлением тому, что есть». Подумайте об этом в течение минуты. Это означает, что страдания возможны только тогда, когда мы отказываемся принимать происходящее. Если вы можете что-то изменить, примите меры.

Но если изменения невозможны, то у вас есть два варианта: принять ситуацию и отпустить негатив или долго, увлеченно и страстно страдать

2. Проблема становится проблемой только тогда, когда вы ее так называете.

Если вы считаете что-то проблемой, то ваши эмоции и мысли будут наполнены негативом. Подумайте о том, какие уроки вы можете извлечь из ситуации, и она внезапно перестанет быть проблемой.

3. Если вы хотите изменить вещи, начните с изменения себя.

Ваш внешний мир является отражением мира внутреннего.

4. Нет понятия «неудача» — только возможность научиться чему-то.

Вы должны просто исключить слово «провал» из своего лексикона. Все великие люди терпели неудачу снова и снова, прежде чем добились успеха.

Если вы не получаете желаемого, значит, что-то лучшее уже в пути.

Просто верьте, что все происходит именно так, как и должно быть.

Цените настоящий момент.

5. Он никогда не наступит снова. В каждом мгновении жизни есть что-то ценное, не позволяйте ему пройти мимо вас. Вскоре все станет воспоминанием.

6. Отпустите желания.

7. Большинство людей придают большое значение своим желаниям, и если не получают задуманного, то их эмоции впадают в негатив. Вместо этого попробуйте следующее: если вы что-то хотите, то все равно будете счастливы вне зависимости от того, получите вы желаемое или нет. Ваши эмоции в этом состоянии остаются нейтральными или положительными.

8. Поймите свои страхи и будьте благодарны им.

Страх может быть отличным учителем. Для преодоления страха нужна только практика. Страх — это всего лишь иллюзия.

9. Позвольте себе испытывать радость.

Среди нас много людей, которые не позволяют себе повеселиться. Они даже не знают, как быть счастливыми. Важно сосредоточить внимание на радостях, а не на трудностях.

10. Не сравнивайте себя с другими.

Но если сравниваете, то только с теми, кому хуже, чем вам.

11. Вы не жертва. Все может и будет меняться.

Вы являетесь жертвой только ваших собственных мыслей, слов и действий. Никто ничего не делает специально для вас или против вас. Вы сами создаете собственный опыт.

12. «И это пройдет» — полюбите это высказывание. Ничто не вечно, кроме смерти. При этом применяйте какие-то действия, чтобы изменить ситуацию. Она не сможет волшебным образом измениться сама.

13. Все возможно.

Чудеса случаются ежедневно. Оглянитесь и отметьте удивительные вещи, происходящие с вашими знакомыми, — от исцеления серьезной болезни до внезапной встречи со своей второй половинкой. Такое происходит постоянно и повсеместно. Однажды поверив, вы уже сможете выиграть битву.

РОЛЬ БИОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗИСЕ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПРЛ).

Габидуллина Р.Ф., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, regintruda@rambler.ru

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) - расстройство, характеризующееся трудностями в регуляции эмоций, часто вызывает импульсивные поступки, включая попытки самоубийства и другие формы поведения, связанные с причинением себе вреда.

Согласно биосоциальной теории функционирования личности: ПРЛ возникает в результате биологических нарушений в сочетании с определенными видами инвалидирующего окружения, а также в результате их взаимодействия и взаимного наложения с течением времени.

К биологической предрасположенности относится биологическая уязвимость, когда человек рождается более эмоционально чувствительным, чем обычный человек. Такие люди склонны эмоционально реагировать на то, на что другие обычно не реагируют; их эмоциональная реакция обычно более интенсивна, чем это оправдано ситуацией, и им требуется больше времени, чтобы оправиться от этой реакции и вернуться к своему нормальному эмоциональному состоянию. Результатом сочетания высокой эмоциональной уязвимости или чувствительности и отсутствия способности регулировать свои эмоции является эмоциональная дисрегуляция.

Регулирование эмоций относится к процессам, которые мы используем для уменьшения, поддержания или увеличения эмоций или аспектов эмоций. Следует отметить, что регулирование эмоций не означает их подавление или попытки скрыть их от других; в этих случаях эмоции все еще существуют и не отрегулированы, хотя они могут быть скрыты. Целью регуляции эмоций является достижение сбалансированного состояния между - сознательным управлением опытом и выражением эмоций.

Способность регулировать свои эмоции больше зависит от среды, в которой человек растет. Проблемы возникают, когда эмоционально чувствительный человек сталкивается с глубоко инвалидирующей средой. Инвалидирующее окружение - среда, в которой существует тенденция отрицать или реагировать непредсказуемо и неадекватно на личные переживания ребенка (эмоции, физические ощущения и мысли). В такой среде обычно ожидается, что ребенок должен быть в состоянии контролировать выражение своих эмоций и не должен выражать «негативные» чувства, а также, что он должен быть в состоянии легко решить проблему, которую испытывает. Когда ребенок не оправдывает эти ожидания, окружающая среда наказывает его за выражение негативных переживаний и реагирует на его эмоциональные проявления только тогда, когда они обостряются. По сути, при этом происходит его обучение чередовать подавление эмоции и выражение эмоции экстремальными способами, чтобы получить помощь. В таком типе среды, таким навыкам, как регулирование эмоций и решение проблем никогда должным образом не учат.

В качестве инвалидирующей среды может выступать не только семья; инвалидация может происходить в школе, во время общения с родственниками, на внешкольных занятиях, и так далее.

Таким образом, со временем между окружающей средой и человеком происходят взаимные действия, которые постепенно приводят к их адаптации друг к другу и к развитию ПРЛ. Человека нельзя обвинить в том, что он «слишком чувствителен», и следует понимать, что окружающая среда также не полностью виновата. Без взаимодействия биосоциальных факторов ПРЛ вряд ли будет развиваться.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХО- И ФАРМАКОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.

Гаврюшин К.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Актуальность темы: Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья детей, подростков и молодежи. В начале третьего тысячелетия человеческое общество столкнулось с рядом глобальных проблем, обусловленных изменением ритма и образа жизни современного человека, информационными и психо-эмоциональными перегрузками, разрушением гармонической связи человека с природой, нарастанием экологической загрязненности, изменением характера питания.

Цель и задачи исследования :

Целью настоящего исследования является выявление клинических, фармакогенетических и психофизиологических критериев эффективности психо- и фармакотерапии при лечении аффективных расстройств в молодежной среде.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить клинические предпосылки формирования аффективных расстройств у учащейся молодежи;
2. Выявить генетические маркеры формирования аффективных расстройств в исследуемой популяции;
3. Определить психофизиологические характеристики развития аффективных расстройств в зависимости от степени тяжести;
4. Провести сравнительный анализ между полученными результатами генетических и психофизиологических исследований и клиническими особенностями аффективных расстройств.
5. Выявить специфику психофизиологической адаптации учащихся, с учетом психического статуса, генетических и экспериментально-психологических показателей в образовательных учреждениях различного типа.
6. Сравнить эффективность лечения аффективных расстройств при использовании психофармакотерапии и различных психотерапевтических методик (универсальная гипнотерапия, когнитивно- поведенческая терапия, кататимно-имажинативной психотерапии) при помощи психофизиологических исследований.

Выводы: Данная работа находится на стадии выполнения, на настоящее время проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни больных по диагнозу F40-48 с преобладающей тревожно- депрессивной симптоматикой. Отобраны пациенты для проведения анкетирования по ретроспективной оценке результатов лечения и составления критериев эффективности терапии.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ.

Галиуллина Н.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ г. Уфа, NASIMA1612@ICLOUD.COM

Депрессивные состояния у пожилых людей тесно связаны с возрастными биологическими и психосоциальными изменениями. Это снижение психического тонуса, подверженность болезням с хроническим течением, которая способствует общему упадку психофизической активности, астении и снижению самооценки у пожилых людей. Развитие депрессии в пожилом возрасте-явление многофакторно обусловленное. Основными чертами личности пожилых людей являются тревожность, склонность к грусти, перепады настроения, обостренная чувствительность, ранимость к вопросам личного и социального престижа с повышенной обидчивостью, психическая ригидность, вследствие чего пожилые больные трудно адаптируются к любым изменениям привычных жизненных условий и обстоятельств и более подвержены психотравмирующим воздействиям и психогенно вызванной декомпенсации психической деятельности.

При анализе пожилых больных нашего центра впервые развившиеся депрессии в большинстве случаев имеют психогенное начало. Это изменение семейной ситуации и возникающие на этой почве конфликты, переживания, связанные с болезнью, утратой супруга или других родственников, неподготовленность и отрицательное отношение к переходу на пенсию, изменение привычного круга и характера общения и т.д.

По нашим наблюдениям очевидно наличие связей между индивидуально-психологическими особенностями больных депрессией и степенью компенсации состояния больного после проведенного лечения.

У больных с низкой эффективностью лечения можно выделить следующие индивидуально-психологические особенности личности, препятствующие выздоровлению: тревожно-мнительные черты и ригидность.

Тревожность с одной стороны инициирует активные формы реагирования на стресс, т.е. попытки конструктивного разрешения ситуации, но при неразрешимости ситуации тревога усиливается, включая механизм психологической защиты, среди которых важное место занимает ипохондрия. Тревога с внешних объектов переключается на себя формируя фобии и ограничительное поведение с формированием депрессивной симптоматики.

Черты ригидности личности, которые проявлялись в целеустремленности, настойчивости, честолюбия, и в молодом возрасте способствовали успешной социализации личности, с течением времени приводят к жесткому закреплению установки на успех, формируя в дальнейшем эмоциональную ригидность и связанную с ней негибкость поведения в различных социальных ролях. Такие люди, бывают успешными в профессиональной сфере, однако с утратой социального престижа развиваются депрессивные переживания.

Таким образом, психологические обследования и наблюдения пациентов центра отображают прямую зависимость между индивидуально-психологическими особенностями больных депрессией и степенью компенсации состояния больного после проведенного лечения.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Гафурова А.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, lyam1992@mail.ru

Яхин М.И., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, oskon008@yandex.ru

В условиях современного мира, такое явление как синдром хронической усталости часто встречается у трудоспособного населения. Условия труда, жизненные обстоятельства, финансовые трудности и другие обстоятельства приводят людей к недосыпанию, повышенной утомляемости, раздражительности, неспособностью отдыхать и отключаться от проблем, проблемы с краткосрочной памятью, снижение либидо, частые простудные заболевания. Организм человека истощается в режиме цейтнота до такого состояния, что человек не может отдыхать даже в установленное и специально отведенное на это время.

Синдром хронической усталости развивается, когда человек тратит больше энергии, чем может произвести. Из-за этого возникает нервная перегрузка и ощущение «перегорания», которое сопровождается снижением функций гипоталамуса.

До сих пор ведется актуальная дискуссия на теорию возникновения синдрома хронической усталости. Ряд ученых предполагает, что это воздействие вируса на организм, так как происходят изменения на иммунологическом уровне. В этот процесс вовлекаются различные типы клеток крови и малых молекул, таких как интерферон и интерлейкин нарушены. Другие ученые считают, что синдром непосредственно связан с разбалансировкой вегетативной нервной системы. Некоторые авторы считают, что синдром хронической усталости является следствием только психиатрической патологии: соматизированных расстройств, «больших» или атипичных депрессий.

Пациенты, с которыми специалисты часто сталкиваются – это те, кто находится в ситуации сильного стресса или те, кто недавно его пережил. Раньше считалось, что провокатором стресса могут быть только экстремальные ситуации. Сейчас особенности существования общества, в частности информационная перегрузка и ритм жизни являются причиной хронических форм стресса. В наше время стресс принял характер эпидемии. Если мы не можем разрешить проблему или делаем это не так, как хотелось бы, возникает отчаяние. В свою очередь отрицательные эмоции, нереализованные качества, стрессовые ситуации, вызывают сокращение числа Т-лимфоцитов — «защитников» нашего организма, делают человека более восприимчивым к болезням. Отсюда снижение иммунного статуса, рост числа бактерий и вирусов, как результат снижение адаптивных свойств организма и развитие различных заболеваний. Вне всякого сомнения, состояние психики является одним из решающих факторов развития патологии.

Самым первым шагом в правильном лечении синдрома хронической усталости является снижение основной психической нагрузки. Необходимо уменьшить общее количество всех выполняемых дел за сутки приблизительно на 20%. Также желательно избавиться от таких обязанностей, которые всегда требуют сильного психического напряжения. Некоторым пациентам можно порекомендовать определенные сеансы психотерапии, а также релаксирующие сеансы и аутотренинг.

Каждый пациент должен понимать, насколько серьезен отказ от лечения синдрома хронической усталости. Пациентам важно пройти курс психотерапии, чтобы научиться и выработать конкретные способности эффективно бороться со стрессом и при необходимости в короткий срок снимать любое нервное напряжение. Также немаловажное значение имеет и точное соблюдение правильного режима труда и отдыха, распорядка дня, строгого чередования фаз сна и фаз бодрствования.

В 2018 году в г. Сибай довольно длительное время по всем социальным сетям шла негативная информация об аварии и выбросах серы из карьера ГОК. Несколько групп лиц дешево и эффективно держали в напряжении население города для популяризации себя в сетях. Из официальных источников жители города не могли получить объективной информации. Когда люди не знают, что их ожидает, им свойственно подозревать худшее. Когда же факты, какими бы ошеломляющими они ни были, известны людям, они могут противостоять им. Но человек не может противостоять неизвестному. В этот период люди из-за тревоги становятся наиболее восприимчивы к любому виду информации, а когда поток информации интенсивный, пугающий, негативный, страх одних людей отражается другими, что в свою очередь ещё больше усиливает страх первых. Усиливающийся страх снижает уверенность в коллективной способности противостоять критической ситуации и создает у большинства ощущение обречённости появляется массовое стихийное поведение – паника, которую местным специалистам остановить не удалось. Руководство республики, взяло под личный контроль организацию помощи населению города Сибай. Из ведущих клиник республики, были сформированы бригады врачей и психологов, направлены главные специалисты МЗ РБ.

По приблизительным оценкам 90% населения находилось в состоянии стресса. К сожалению, и у мед. персонала, больше в поликлинике наблюдались астенические, депрессивные, дисфорические проявления. Большинство жаловалось на головные боли, быструю утомляемость, бессонницу, слабость по утрам, конфликтность, боли в спине, в шее, на нарушение пищевого поведения, чувство вины, недоумения, снижения самооценки, нежелания работать, желание всё бросить и уехать. Многие врачи недоумевали, почему пациенты так агрессивны к ним настроены, почему оспаривают выставленные ими диагнозы, почему пациенты намеренно идут на конфликты?

В отличие от мед персонала у многих пациентов наблюдался злобно-тоскливо-напряжённый аффект, на фоне которого появлялись реакции враждебного недоверия, отчуждённости, настороженности, с оскорбительными или угрожающими выпадами в адрес окружающих.

Задачами специалистов ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ было быстрое выведение из стресса персонала, обучение его, для эффективной работы с пациентами, профилактика профессионального выгорания, выявление и лечение тревожно депрессивных, бредовых больных, изоляция в стадии обострения психически больных. Интенсивно проводились тренинги с персоналом, администрацией, с населением и пациентами поликлиник и больниц.

В первые дни психологи проводили по 6-8 групповых тренингов с целевой аудиторией, а психотерапевты осматривали по 30-40 человек в день. В начале приходилось применять административный «ресурс», что бы сотрудники пошли на тренинги и контакт с психологами и психотерапевтами, однако «почувствовав пользу» некоторые сотрудники просили дополнительные занятия со специалистами ГАУЗ РКПЦ. На тренингах «прививались» базовые социальные навыки борьбы со стрессом, с провокаторами конфликтов. Большинство респондентов после тренингов отмечали, значительное улучшение физического и психического состояния, о появлении «смысла жизни», о желании остаться в городе и работать, помогать людям, о повышении самооценки и т.д., некоторым было назначена поддерживающая медикаментозная помощь и физ. лечение. Надо отметить, что в течении 7- 8 дней медперсонал начал полностью контролировать поток пациентов, а общий фон настроения в городе значительно улучшился в течении 10-14 дней.

ТЕСТИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ Р.Д.ТУКАЕВЫМ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА.

Гулиев М.А., Гаврюшин К.А., ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Представленные результаты являются частью открытого контролируемого исследования сравнительной эффективности психотерапии в лечении тревожных расстройств.

Цель данного исследования - проверить эффективность универсальной гипнотерапии при лечении генерализованного тревожного расстройства, используя две группы сравнения. В исследование пока включено 16 пациентов с диагнозом генерализованное тревожное расстройство (ГТР, F41.1 - по критериям МКБ-10), они были рандомизированы в группу для универсальной гипнотерапии и контрольные группы: группу для когнитивно-поведенческой терапии и группу ожидания. В группах не было обнаружено существенных базовых различий.

Универсальная гипнотерапия (УГ) является частью когнитивно-ориентированной психотерапии (КОПТ), разработанной Р. Тукаевым. УГ направлен на повышение личной целостности и самоидентификации. Данный подход включает проективные трансформации индивидуального психогенного, соматосенсорного контекста; седативный, дистанцирующий эффект воспроизводимого цвета; дистанцирование от стрессовых ситуаций и завершение негативного опыта на основе моделирования коррекционного, позитивного поведения. Все эти компоненты дублируются и повторяются во время сеанса УГ.

Курс УГ включает в себя 11 сеансов продолжительностью от сорока до шестидесяти минут с интервалом в один день.

Курс КПТ представлен протоколом вмешательства при генерализованном тревожном расстройстве Тимоти А. Брауна, Трейси А. О'Лири, Дэвида Х. Барлоу, который предполагает 12 сеансов продолжительностью 1 час с интервалом от одного до двух дней. Методика состоит из тренировки прогрессивной релаксации мышц, когнитивной перестройки, профилактики тревожного поведения, решения проблем, тайм-менеджмента, воздействия тревоги.

Все пациенты, включенные в исследование, прошли полный курс терапии. По результатам итогового тестирования для группы УГ были отмечены следующие изменения медианы от 1.39 до 0.85, SCLanx: от 1.80 до 1.15, SpilbergerR: от 41 до 36, SpilbergerS: от 55.5 до 52.5, ShARS: от 55 до 48.5. Интерквартильный размах: SCLdep: от Q1-1.08, Q3-1.81 до Q1-1.4, Q3-2.5; SCLanx: от Q1-1,4, Q3-2.5 до Q1-0.75, Q3-1.65; SpilbergerR: от Q1-38.5, Q3-42.5 до Q1-35, Q3-38.5; SpilbergerS: от Q1-54.5, Q3-57.5 до Q1-50.5, Q3-53.5; ShARS: от Q1-34.5, Q3-64 до Q1-25.5, Q3-59.

УГ продемонстрировал значительное влияние на тревожно-депрессивные симптомы. Существенных изменений в контрольных группах списка ожидания и КПТ не произошло. Размер выборки ограничивает обобщаемость результатов.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ, ЮМОР И СМЕХ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Иванов С. М., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, clover_leaf@bk.ru

Влияние положительных эмоций, юмора и смеха на процесс психологического консультирования- детерминировано тем, что между взаимодействующими в процессе консультирования субъектами необходима атмосфера взаимной приязни, доверия, открытости.

Кроме этого, полагаем, положительные эмоции, смех, юмор - факторы создания и сбалансированного поддержания так называемого социально-психологического климата.

Авакян И.Б. обосновывает следующий тезис: «Социально-психологический климат, на наш взгляд, связан с групповым сознанием и отражает взаимоотношения внутри социальной группы в условиях целенаправленной деятельности».

Волчкова В.И. в статье «Социально - психологический климат в педагогическом коллективе» описывая результаты своего исследования, пишет: «...там, где царят равнодушие, формализм или давление, члены ощущают эмоциональную подавленность и отчужденность».

При всей множественности осмыслений и трактовок ученые едины в том, что положительный социально-психологический климат - как результат целенаправленной, системной деятельности - объективно выступает принципиальным фактором эффективности коммуникации в целом, процесса психологического консультирования в частности.

Названные положительной окраски «феномены» способствуют снижению степени эмоциональной напряженности, которая возникает в ходе профессиональной работы психолога. Фактически смех - способ некоторой разрядки, оптимизации степени напряженности, выражение «эмоциональной эмпатии».

Положительные эмоции, которые субъекты, участвующие в процессе консультирования, последовательно инспирируют и которыми обмениваются, формируют общий фон доверия, установившейся коммуникационной связи, позволяющей каждой стороне максимальным образом раскрыться, вербализировать скрытые мотивы, желания и пр.

Юмор, который используется «к месту» позволяет субъекту, получающему психологическое консультирование, взглянуть на ситуацию «со стороны», некоторым качественно иным образом. Преобразование осмысления и трактовки событий в форму, позволяющую применить шутку, юмор, приводит к тому, что названный субъект начинает переоценивать значимость, окраску тех событий, которые ранее вызывали, к примеру, тревогу, апатию и имели негативную «коннотацию» в целом.

Таким образом, положительные эмоции, юмор и смех являются значимым «инструментарием», который может и должен быть использован в рамках процесса психологического консультирования.

Вместе с тем, в данном ключе важен такт, способность использовать названные аспекты в оптимальном объеме и своевременно.

Терапия творческим самовыражением (ТТС) или арт-терапия, это один из самых известных терапевтических приемов, основанный на применении искусства и творчества, целью которого является позитивное воздействие на психоэмоциональное состояние клиента, путем самовыражения и самопознания. В первую очередь посредством изобразительного искусства, однако существует множество и других способов: музыкотерапия, сказкотерапия, библиотерапия, телесно ориентированная терапия, танце-двигательная терапия, вокалотерапия, терапия поэзией и многое другое. ТТС посвящено значительное количество работ врачей, психологов, а также педагогов и философов. Несмотря на длительную историю арт-терапии, и наличия доказательной базы, данному методу уделяется недостаточно внимания. Помимо таких целей как концентрация внимания на ощущениях и чувствах во время выполнения задания и развития творческих способностей, у арт-терапии стоит множество других задач.

Во-первых, это получение диагностического материала. К примеру, пациенты с выраженным депрессивным синдромом зачастую испытывают трудности в вербальном изложении своих жалоб, а также способ наблюдения динамики в лечении больных.

Во-вторых, это доступный и приемлемый выход агрессии и других деструктивных чувств и эмоций.

В-третьих, возможность использования как основного, так и вспомогательного метода, арт-терапия позволяет облегчить процесс лечения. Как часто бывает, внутрличностные конфликты, которые тяжело поддаются осознанию, легче выражаются с помощью зрительных образов.

В-четвертых, конкретные методики служат не только способом проведения досуга и поиском увлечений, но и способом социальной адаптации.

Многолетняя практика доказывает положительное влияние различных видов творчества на улучшение коммуникативных способностей, развития навыков межличностного общения, укрепления отношений, уверенности в себе, а также на формирование образного и пространственного мышления, интеллектуальной и эмоциональной сферы, личностных качеств и раскрытие творческого потенциала. Немаловажный факт о котором также стоит упомянуть, что клиент чувствует себя намного комфортнее, когда есть возможность более спонтанно выразить свои переживания, что помогает установить более доверительные отношения с терапевтом.

Опыт показывает, что арт-терапия хорошо себя зарекомендовала в диагностике и лечении больных с невротическими расстройствами и с большим сожалением приходится принимать тот факт, что такая форма терапии редко используется среди наших коллег, несмотря на свою значимость и перспективность.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА УРАЛ-БАТЫР.

Калимуллин Р.Г., центр «Верное Решение», г.Уфа, vernoereshenie@mail.ru

Здоровье является непреходящей ценностью многих народов мира.

Ценности здоровья и долголетия остаются в центре внимания на протяжении всего сюжета башкирского народного эпоса «Урал-батыр».

В эпосе мы встречаем первых человеческих персонажей, имеющих самое непосредственное отношение и к душе, и к здоровью тела: Йэн Бирзе (Вдохнувший Душу) и Йэн Бикэ (Душа Жизни).

Таким образом, уже в первой части эпоса мы прикасаемся к такой ценности, как здоровье. В сюжете мы часто будем возвращаться этой теме через метафорическое описание факторов здоровья и долгой жизни.

Во-первых, это экологический, биологический фактор здоровья и долголетия (родник Здоровья Йэн Шишмә). Действительно, на наше здоровье влияет то, что мы пьем, что едим, чем дышим, уровень радиации, вибрации, шума и другие внешние факторы. Wellness БИО-фактор.

Во вторых, это социально-психологический фактор здоровья и долголетия, метафорическое сравнение двух стариков-братьев из страны Солнца. Старший брат, который делал Добро, выглядит молодым. Младший брат, творивший Зло, очень быстро состарился... Здоровье в эпосе «Урал-Батыр» является как терминальной, так и инструментальной ценностью (и цель, и средство). Wellness ПСИ-фактор.

Эпос «Урал-Батыр» является целостным интегративным ресурсом, отражающим единство БИО-ПСИХО-СОЦИО и ДУХОВНОЙ парадигмы. Это целостный продукт культуры, который создавался народом, когда еще не было психотерапевтических школ и модальностей.

Интегративная креативно-двигательная оздоровительная практика «УРАУ» - синтез древней этнотерапии с новейшими достижениями психологии и психотерапии.

На основе синтеза древнебашкирских оздоровительных практик, эпоса «Урал-батыр» и достижений современной психологии и психотерапии разрабатывается интегративная оздоровительная практика «УРАУ» (круг, виток, вращение, гармония, спираль, бесконечность).

Базовые движения УРАУ и основаны на круговых, вращательных, обертывающих, спиралевидных, бесконечность-образных движениях, символизирующих целостность психики, ее способность к восстановлению после стрессов и кризисов, а также устойчивое стремление к развитию.

ДНК Смыслов эпоса Урал-Батыр и его психокоррекционный потенциал

Каждый эпизод эпоса Урал-Батыр можно сравнить с участком ДНК, где закодирована ценная информация для принятия решений и коррекции поведения.

В эпосе можно выделить так называемые «моменты истины», когда разворачивается когнитивное распутье и происходит выбор решения, которые мы считаем верным.

В эпосе нет директивных решений, а есть лишь подсказки для тех, кто хочет и может их увидеть. В эпосе «Урал-Батыр» также есть и табу, запреты, которые могут помогать в педагогической психологии и психокоррекции девиантного (отклоняющегося) поведения детей, подростков и взрослых.

Однако наилучшей стратегией представляется самокоррекция, которую и продемонстрировал Урал, как в юном, так и в зрелом возрасте. Чему вполне можно научиться и обучать этому других.

ОБИДА – ЧТО С НЕЙ ДЕЛАТЬ.

Крылосова Е.Н., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

К сожалению, за свою жизнь человек накапливает не только положительные переживания, но и обиды. Как правило, подобный эмоциональный багаж сопровождается пессимистической оценкой своих достижений, ворохом разных болезней и переживанием полного разочарования в жизни. Хочется сохранить себя, свое здоровье и свою жизнь в состоянии хотя бы стойкого удовлетворения от прожитых лет и принятых решений.

Обида – это естественная эмоциональная реакция, защищающая нашу психику от воздействия препятствий, неожиданно возникших на нашем пути к некой на данный момент желанной цели.

Если часто реагировать обидой на большинство ситуаций, то, как доказывают исследования, это путь к возникновению самых сложных заболеваний, в частности, онкологических, а, значит и к сокращению продолжительности жизни. Следует задуматься: если обида - это защитная реакция того, кто обиделся, то он и ответственен за реакцию, совершенно непродуктивную для здоровья и жизненного благополучия. Ведь мог и не обижаться! Нас могут спровоцировать на обиду все в нашем окружении, от самых близких людей - и до самых малознакомых. Мы как-то с ними взаимодействуем в своей жизни, к каждому из них испытываем некую степень благожелательности. И почему-то сами мы уверены в их абсолютной благожелательности по отношению к нам. Мы на 100 процентов уверены, в положительном ответе со стороны любого из этих людей, если вдруг нам заблагорассудится обратиться к кому-то из нашего окружения с какой-то просьбой. Мы даже в своих мыслях не допускаем возможности получить с их стороны отказ!

Мы позволяем себе отрицать право этих людей на свободу выбора. И только потому, что мы забыли о законе жизни в человеческом обществе: «свобода одного человека заканчивается там, где начинается свобода других людей». И в результате своей слишком большой самоуверенности оказываемся в ситуации разочарования – обиды! Обиды, прежде всего на самих себя за свою излишнюю самоуверенность. Но всегда необходимо помнить, если, сделав ошибку, мы остались живы, то у нас есть шанс исправить ситуацию. Только от нас зависит, как мы сумеем защитить свою душу от этакой мысленной оплеухи самим себе, допустив возможность подобного развития событий. С самого начала отношений с кем-либо из своего окружения необходимо всегда допускать возможность как положительного решения той или иной ситуации, так и его отрицательного варианта. Да, отказ неприятен, досаден, но это явление тренирует наше упорство в достижении поставленной цели, тренирует нашу стойкость, тренирует нашу способность находить несколько вариантов решения той или иной ситуации. И тогда люди, отказавшие нам в чем-то: дать деньги в долг, забыть о нашем многолетнем долге, посидеть в свое личное время с нашими детьми, принять нас на работу, уделить нам необходимое внимание, излить на нас необходимый нам объем уважения, щедрости, заботы превращаются в наших глазах из неких чудовищ, предателей нашего доверия в наших личных тренеров. Да, да! Именно тренеров по выживанию! Их подобные действия могут превратить нас в упорных, волевых, сильных людей, способных сделать свою жизнь успешной. Значит наши так называемые обидчики своими действиями не уничтожают нас, а наоборот, развивают наше всемогущество И тогда - мы можем вместо обиды выразить искреннюю благодарность своим учителям за преподносимые уроки жизненного опыта и продолжать наслаждаться успешной насыщенной жизнью.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кудрякова М.Г., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, rita-fajrushina@mail.ru

Роли семьи в развитии личности ребенка трудно переоценить. С самого раннего возраста семья для ребенка становится не только источником знаний, норм и правил поведения, но и закладывает фундамент для дальнейшего эмоционального развития.

В наш центр обращаются семьи с детьми, страдающими различными эмоциональными нарушениями, проявляющимися в агрессивности, высокой тревожности, гиперактивности, а также страдающие энурезом, заиканием, навязчивыми страхами, моторными тиками. Работа с данной категорией детей предполагает тесный контакт с семьей в процессе терапии. Руководствуясь принципами системной семейной психотерапии, клиентом является вся семья, вся семейная система, именно она – объект психотерапевтического воздействия. Семейная система - это самоорганизующаяся система, т. е. поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой. Поэтому проблемы ребенка отражают внутренние процессы в семье. При работе лишь с ребенком можно столкнуться с ситуацией, когда после работы с психологом в стационаре нежелательный симптом исчезает, но затем возвращается вновь, когда ребенок вновь попадает в семейную систему, породившую и подпитывающую этот симптом. В работе с семьей мы сталкиваемся с семейными правилами и мифами, которые могут подкреплять симптом. Также немаловажно учитывать сложившиеся стереотипы взаимодействия между членами семьи. Любая семейная система при уменьшении симптома или при попытке ее изменения неосознанно будет стремиться сохранить стабильность, что часто приводит к сопротивлению процессу терапии. Иногда тревога перед изменениями может быть такой высокой, что семье проще сохранить симптом, чем менять систему. Оптимальная позиция психотерапевта заключается в том, что он разделяет тревоги семьи, ненавязчиво участвует в ее опыте и постепенно улучшает структуру семейных отношений не замещением семейных ролей, а влиянием извне. В процессе терапии достигается общая точка зрения на причины проблемы идентифицированного пациента (т.е. того из кого обратились за помощью) и на способы ее решения.

В работе с семейной системой необходимо придерживаться некоторых принципов, которые обозначил М.Боуэн, один из основателей теории семейных систем. Так, например, принцип циркулярности предполагает поиск не какой-либо одной единственной причины существующей проблемы, а круговое ее рассмотрение, т.е. вероятно, событие А порождает событие Б точно в такой же степени, как событие Б порождает событие А. Следующий принцип – гипотетичность, требует от специалиста постановки рабочей гипотезы о цели и смысле семейной дисфункции. Основной вопрос, который должен задать психотерапевт, работающий с семьей: «Зачем в семье происходит то, что происходит?». Третий, очень существенный и труднодостижимый принцип – принцип нейтральности, спокойное, сочувствующее, доброжелательное отношение к каждому члену семьи в равной степени, что бы там ни происходило. Психотерапевту ни в коем случае нельзя осуждать, занимать чью-либо сторону.

После совместной психотерапии родители более спокойно, внимательно и последовательно относятся к детям. Члены семьи могут лучше представить себя на месте друг друга, понять и изменить в нужную сторону свои отношения, что способствует улучшению взаимоотношений в семье и эмоционального состояния ребенка.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

Кузеева И.Р., ГБУЗ РБ РКПБ, г. Уфа, irene_k@bk.ru

Широкая распространенность и тяжесть клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, принимавших участие в локальных вооруженных конфликтах, требует как можно раннего выявления патологического состояния с проведением соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий.

С целью оказания комплексной медико-психологической и психиатрической помощи сотрудникам силовых структур в 2000 году впервые в России на базе Республиканской клинической психиатрической больницы по инициативе ее главного врача, главного специалиста-психиатра Минздрава Республики Башкортостан Валинурова Р.Г. было открыто психотерапевтическое отделение восстановительного лечения для военнослужащих Российской армии и спецслужб принимавших участие в военных действиях в горячих точках. В отделении проходят курс лечения сотрудники МВД, ФСИН по возвращению из служебных командировок в Чеченскую республику, сотрудники МЧС, демобилизованные солдаты срочной службы, исполнявшие свой воинский долг в зоне локальных вооруженных конфликтов в Афганистане, Чечне, Абхазии, Осетии, Югославии, Приднестровье, участники ликвидации аварии на ЧАЭС, родители погибших.

Современная просторная планировка, уютные 2-3-4-местные палаты, комнаты отдыха, уголки релаксации делают пребывание пациентов в отделении комфортным. Отделение оснащено тренажерным залом: сенсорными комнатами, массажным кабинетом, функционирует зал ЛФК, комнаты для занятий настольным теннисом. Гипнотарий оборудован музыкальным центром и домашним кинотеатром, имеется кабинет групповой психотерапии: кабинет психолога, арттерапии, библиотека. Лечебную работу в отделении осуществляют врачи психотерапевты.

Всего за время существования отделения пролечено более 18 тысяч человек.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает исследование психического и соматического состояния больного, психологическое тестирование, психотерапию, психофармакотерапию, физиотерапию.

Курс лечения составляет 2-4 недели. Основной упор делается на психотерапию и психокоррекцию. По сути дела, это краткосрочная интенсивная психотерапия, целью которой является создание особого ресурсного состояния, осознание пациентом психологического конфликта, объективная оценка своего состояния и ситуации, снижение актуальности и переработка травматических переживаний, отреагирование накопленных отрицательных эмоций в безопасной среде отделения, экологическая подстройка к будущему. Проводится семейная психотерапия, работа с окружением и родственниками. Среди индивидуальных методов наиболее широко используются позитивная психотерапия, когнитивно-поведенческая, гештальттерапия, символдрама, аутогенная тренировка, гипноз, арттерапия, телесная терапия психотравмы, позволяющая обойти механизмы психологической защиты. Ежедневно проводятся коллективные сеансы гипноза, музыка и ароматерапия. Наиболее эффективной оказалась групповая терапия, в результате которой уменьшается эмоциональная отчужденность, социальная изолированность комбатантов, улучшается их адаптация.

Опыт работы отделения показал актуальность, эффективность и востребованность психотерапевтической помощи лицам с ПТСР, нуждающимся в длительном психологическом и психотерапевтическом сопровождении.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ВЫЯВЛЯЕМЫЕ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ
Кунафина Е.Р., Волевач Л.В., ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, г. Уфа,
erkunafina@mail.ru

Психопатологические состояния, обнаруживаемые в общей медицинской практике, не только широко распространены, но и нередко требуют назначения психотропных средств. Особенно это касается распространенности органических психических расстройств; присутствием в клинической картине взаимодополняющих конституционно-биологических, психогенных, соматоорганических воздействий, значительно осложняющих разработку критериев дифференциальной диагностики, прогноза и терапии больных органическими психическими расстройствами.

Цель – изучение распространенности непсихотических органических психических расстройств у пациентов общесоматической сети с выделением основных факторов клинической динамики и терапевтической эффективности с обоснованием основных форм специализированной психиатрической помощи, проводимых на базе городской поликлиники.

Материалы и методы. Был изучен 151 пациент ГБУЗ РБ поликлиник №1 и №2 г.Уфы с непсихотическими органическими психическими расстройствами: астеническое расстройство – 41 %, органическое расстройство личности – 19,9 %, органический мнестический синдром – 13,1 %, органическое тревожное расстройство – 11,2 %, постэнцефалитический синдром – 3,2 %. У 12,4% больных были выявлены расстройства аффективного спектра.

Основные значимые факторы (возрастные, гендерные, соматовегетативные, психопатологические, соматоневрологические) определены методом факторного анализа.

Результаты. У пациентов общесоматической сети сосудистый фактор достоверно ($p < 0,05$) чаще других факторов является причиной формирования органических психических расстройств. Установлено, что болезненность женщин органическими психическими расстройствами сосудистого генеза выше, чем у мужчин, а болезненность мужчин органическими психическими расстройствами травматического генеза выше, чем у женщин ($p < 0,05$). Неравнозначна роль повреждающего фактора при формировании клинической структуры органических психических расстройств: так, доминирующая роль сосудистого фактора установлена при формировании астенического и аффективных расстройств; травматического фактора – при органических амнестических и личностных расстройствах. Выбор терапевтических мероприятий определялся этапом заболевания, типом и вариантом изменения личностной структуры, степенью деструктивно-прогредиентной тенденции органического процесса. Ведущее место в патогенетической терапии отводилось нейрометаболическим церебропротекторам, ангиопротекторам, антиоксидантам. Этап поддерживающей терапии был наиболее продолжительным в случаях, когда психоорганический синдром характеризовался уже сформировавшейся терапевтической резистентностью и церебральной недостаточностью. Прогностически неблагоприятными факторами эффективности терапии являлись первичное обращение за помощью на позднем этапе ($10 \pm 1,2$ лет) формирования психического расстройства; возраст более 70 лет; наличие тяжелой хронической, прогредиентно-протекающей сопутствующей соматоневрологической патологии; присутствием в клинической картине аффективных и личностных расстройств.

Заключение. В целом полученные данные позволили дифференцировать основные терапевтические подходы к больным органическими психическими расстройствами в условиях общесоматической поликлиники.

ПСИХО-СОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
Кунафина Е.Р., Волевач Л.В., ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа, erkunafina@mail.ru

У большинства больных язвенной болезнью желудка наблюдаются сочетанные проблемы с психическим и соматическим здоровьем. Выявление и анализ данных проблем позволяет повысить качество диагностической, психокоррекционной и лечебной помощи этим пациентам.

Цель исследования – изучить психосоматические соотношения при коморбидном течении пограничных психических расстройств у больных язвенной болезнью желудка.

Материал и методы. Обследовано 50 больных (32 мужчины, 18 женщин), средний возраст $40,4 \pm 4,5$ года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка. Верификация диагноза язвенной болезни желудка основывалась на данных эндоскопического обследования. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. В работе использовались клинический, клинико-психопатологический методы исследования.

Результаты. У всех пациентов с язвенной болезнью желудка были обнаружены пограничные нервно-психические и аффективные расстройства. Удельный вес невротических, связанных со стрессом расстройств составил 45,3 %; аффективных – 25,3 %; личностных – 18,7 %; 10,7 % - органических астенических расстройств.

Психическое состояние на синдромальном уровне квалифицировалось депрессивным (10,1%), дистимическим (15,4 %), тревожно-депрессивным (18,5 %), астено-ипохондрическим (24,7 %), истеро-ипохондрическим (21,3 %), конверсионным (10,0 %) синдромами, протекавшими на отчетливо выраженном астеническом фоне. Тревожно-депрессивный, астено- и истеро-ипохондрический синдромы ассоциировались с более тяжелым течением соматического расстройства. Наличие коморбидной психической патологии видоизменяло клиническую картину язвенной болезни желудка, с возникновением более частых обострений и четкой их связью с неспецифическими индивидуально значимыми психогениями. На психогении пациенты реагировали появлением «привычных» симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, тревоги, беспокойства, напряженности, раздражительности, слабости. Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее стрессогенное значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи.

В психологическом «портрете» пациентов язвенной болезнью желудка обнаруживался высокий удельный вес таких патохарактерологических качеств как ригидность (75,3 %), тревожность (71,3 %), мнительность, (67,3 %), «ипохондрический эгоцентризм» (66,0 %), астеничность (65,3 %), раздражительность и дистимичность (63,3 %), сенситивность (52,0 %), демонстративность (48,7 %), алекситимичность (45,3 %). Отмечено большое количество сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым приходилось сталкиваться врачам соматического профиля, что затрудняло формирование комплаентных отношений с врачом, понимание пациентом сути своего страдания, утяжеляло течение и ухудшало прогноз реабилитационных мероприятий.

Таким образом, психологические факторы, личностные особенности пациентов вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию больных язвенной болезнью желудка, оказывают существенное влияние на формирование психосоматической клинической картины и определяют показания для комплексного применения соматотропных и психотропных препаратов, и психотерапии.

ИППОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ.

Макарова А.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, patrekeika@mail.ru

Иппотерапия – это метод терапии и реабилитации с помощью лошади, который воздействует на организм через два мощных фактора: психологический и биомеханический. Данный метод, соответственно, оказывает одновременное воздействие на физический и психосоциальный статус занимающегося. Кроме того, лошадь выступает как посредник в общении специалиста и пациента, что особенно важно для людей с эмоциональными и коммуникативными нарушениями.

Показания для иппотерапии:

- нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие в результате поражения нервной системы (детский церебральный паралич, полиомиелит), а также в результате травм или нарушения осанки;
- заболевания периферической нервной системы, такие как неврологические проявления остеохондроза позвоночника;
- заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся спастическими, гипотоническими и атактическими нарушениями;
- нарушения умственного развития различной этиологии (задержка психического развития, олигофрения, синдром Дауна и др.);
- психические заболевания (шизофрения, аутизм, поведенческие расстройства и пр.).

Иппотерапия обеспечивает человеку возможность тесного телесного контакта с живым существом и получения ощущений, подобных тем, которые в раннем детстве дает малышу прикосновение близкого взрослого человека. Такая «экскурсия в свое прошлое», позволяет ребенку при помощи специалиста получить все то, что обычно получает ребенок при естественном развитии и чего лишен ребенок, воспитывающийся в дисфункциональной семье.

Иппотерапия затрагивает также эмоциональную сферу психологически травмированного ребенка. С одной стороны, иппотерапевтическая работа помогает преодолевать негативные эмоциональные реакции за счет психологической нейтральности лошади, которая воспринимается ребенком, как источник безопасности и безусловного принятия. С другой стороны, общение с лошадью способствует активизации сильнейшей, разноплановой мотивации, которая помогает ребенку преодолеть страх, обрести уверенность в своих силах.

Применение метода иппотерапии в социально-педагогической поддержке и психологической реабилитации воспитанников социальных приютов из дисфункциональных семей позволяет решить ряд проблем, характерных для данной категории детей и подростков: сформировать у воспитанников младшего школьного возраста ориентацию в схеме собственного тела и трехмерном пространстве; сформировать основы моторного планирования у детей и подростков в соответствии с возрастными нормами; содействовать формированию позитивной “Я”-концепции, повысить уверенность в себе, приблизить самооценку к адекватному уровню; облегчить процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабо ориентированных на общение воспитанников приюта; снизить общий уровень тревожности; обеспечить эффективное эмоциональное реагирование, снизить тенденции агрессивных проявлений; обеспечить возможность проявления индивидуальности, а также сформировать способы адекватного самовыражения

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Мингафарова З.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, zmingafarova@yandex.ru

Госпитализация в психотерапевтический стационар пациентов пожилого возраста производится преимущественно вследствие наличия тревожно-депрессивной симптоматики, признаков астенического и ипохондрического синдромов, когнитивных нарушений.

Особенностями лечения в психотерапевтическом стационаре служат психотерапевтические методы лечения, в основе которых лежат полное информирование о необходимости минимизировать использование лекарственных препаратов во избежание нежелательных явлений, в том числе ортостатических гипотензий, приступов внезапного падения при использовании седативных средств. До сих пор действуют стереотипы об обязательности медикаментозного лечения (особенно инъекционных их форм) в стационарах. Вследствие неоправданности данных ожиданий нередко недовольство и обесценивание терапии.

Рациональная и образовательная психотерапия дает возможность обоснование использования медикаментозного лечения как способа улучшения качества жизни с перспективами длительного приема некоторых препаратов (для лечения депрессий, деменции, и прочие). Данные методы психотерапии позволяют доведение до пациентов необходимость применения и других форм психотерапевтического лечения с использованием релаксационных и медитативных техник, имеющие доказанную эффективность их применения в гериатрической практике. Таким образом достигается уменьшение уровня тревожности, улучшают сон и настроение. Методы когнитивной терапии позволяют способствовать уменьшению ипохондрической настроенности, повышению стрессоустойчивости, улучшаются когнитивные показатели. Нередки использование лично-ориентированной и семейной форм психотерапии для улучшения взаимопонимания в семье, уменьшения возможных конфликтных ситуаций, улучшения межличностного взаимодействия. Особенную эффективность мультидисциплинарного подхода в лечении имеет бригадная форма с включением в одновременную работу с пациентом врача-терапевта, врача-невролога, врача-психотерапевта и клинического психолога. Важно совместно с врачом-терапевтом составить правильный режим дня (сна и бодрствования с учетом восстановления естественных циркадных ритмов), обязательным включением умеренных физических и умственных нагрузок для поддержания тонуса мышц и улучшения когнитивных функций, а также помочь подобрать сбалансированное питание с учетом индивидуальных особенностей.

Таким образом, можно достичь значительного результата в социально-психологической адаптации пациента, воздействуя на основное звено в развитии указанных выше патологических процессов психической сферы.

СТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Мусина Г.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, muguss@mail.ru

Проблема выявления специфических психогенных факторов, предрасполагающих к развитию психосоматического расстройства в противоположность невротическому, остается не решенным.

На базе ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ было проведено исследование на тему: «Стратегии и личностные факторы стресс-преодолевающего поведения у лиц с тревожными расстройствами с сопутствующей артериальной».

Цель исследования состояла в определении особенностей личности и стресс-преодолевающего поведения у лиц с тревожными расстройствами и артериальной гипертензией.

Гипотеза исследования: существуют значимые различия в личностных характеристиках и характеристиках стресс-преодолевающего поведения у лиц с тревожным расстройством и тревожным расстройством в сочетании с артериальной гипертензией.

Выборка составила 50 человек в возрасте от 40 до 60 лет, проходивших стационарное лечение в данном центре. Были выделены три группы испытуемых: в первую вошли испытуемые численностью 18 человек, имеющие артериальную гипертензию и «органическую тревогу» (АГ+ОТ); во вторую вошли испытуемые численностью 12 человек, имеющие артериальную гипертензию и «психогенную тревогу» (АГ+Т); в третью группу (контрольную) вошли испытуемые численностью 20 человек, имеющие психогенные тревожные расстройства. В результате исследования были сделаны следующие выводы:

1. Для лиц с артериальной гипертензией в сочетании с тревожными состояниями (независимо от их генеза) характерен более высокий уровень алекситимии и более низкий уровень субъективного контроля по сравнению с лицами с «чистыми» психогенными тревожными расстройствами. При этом сочетание артериальной гипертензии с психогенными тревожными расстройствами характеризуется наибольшей (по сравнению с остальными группами) выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики.

2. Выявлена специфика взаимосвязей характеристик стрессогенных событий, стиля преодоления стресса, эмоциональных и личностных характеристик пациентов трех обследованных клинических групп.

2.1. У пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и психогенных тревожных расстройств отмечается склонность к подавлению тревоги при возрастании количества значимых стрессогенных событий, а также прямая связь уровня субъективного контроля с использованием разнонаправленных копинг-стратегий.

2.2. У пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и не психотических тревожных состояний органического генеза также отмечается связь уровня субъективного контроля с частотой использования разнонаправленных копинг-стратегий, однако большее количество значимых стрессогенных событий у них связано с более редким использованием стратегии планирования решения проблемы.

2.3. У пациентов с чистыми тревожными расстройствами, аналогично, выявлена связь более высокого уровня субъективного контроля с частотой применения различных копинг-стратегий, при этом количество значимых стрессогенных событий сопряжено с уровнем субъективного контроля в сфере производственных отношений и достижений. Таким образом, заявленные ранее гипотезы были подтверждены в ходе данного исследования.

АЛКОГОЛЬ КАК СПОСОБ СНЯТИЯ СТРЕССА, МНИМАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРЕВОГЕ.

Нафикова З.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, zinaff@gmail.com

Якшибаева Д.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, dianamarselyak@mail.ru

Многим знакомо действие алкоголя. По статистике, в нашей стране его употребляют значительно чаще, чем в Европе, причин этому множество, одной из них является противотревожное, раскрепощающее, и если можно так сказать, антидепрессивное действие алкоголя. Если столько плюсов, спросите вы, зачем же себя ограничивать? Все дело в том, что в случае употребления алкоголя в качестве «успокоительного», минусов в разы больше, чем плюсов.

Влияние алкоголя на мозг заключается в том, что он изменяет уровень нейромедиаторов. Когда вы выпиваете, вы чувствуете себя расслабленной, уверенной, беззаботней, в связи с этим у многих складывается ошибочное впечатление, что алкоголь обладает неким активирующим действием. На самом деле, употребление алкоголя тормозит кору головного мозга (то есть ту часть мозга, которая не дает нам наделать глупостей, уберегая от необдуманных решений). Так же алкоголь вызывает дисбаланс между стимулирующими и тормозными медиаторами, прежде всего, повышая активность тормозных нейромедиаторов, таких как ГАМК (гамма-аминомасляная кислота) и глутамат, тем самым замедляя передачу импульсов в головном мозге. Алкоголь также вызывает повышение высвобождения серотонина, дофамина и эндорфинов (при эпизодическом употреблении), являющихся естественными веществами, которые могут вызвать чувство расслабленности и эйфории вместе с интоксикацией. Связанные с алкоголем нарушения баланса нейромедиаторов в последствие также могут вызвать изменения поведения и настроения, включая депрессию, беспокойство, потерю памяти, и даже судороги.

Исследователи в настоящее время знают, что головной мозг пытается компенсировать эти нарушения. Нейромедиаторы адаптируются, создавая баланс в головном мозге, несмотря на присутствие алкоголя. Но проведение этих адаптаций может иметь негативные результаты, включая создание толерантности к алкоголю, развитие алкогольной зависимости и наличие симптомов синдрома отмены (абстинентного синдрома, похмелья).

Длительное, тяжелое пьянство вызывает изменения в нейронах, такие как уменьшение размера нервных клеток. В результате этих и других изменений, объем ткани головного мозга уменьшается, а его внутренние полости становятся больше. Эти изменения могут повлиять на широкий спектр возможностей, включая координацию движений, регуляцию температуры, сон, настроение и различные когнитивные функции, такие как обучение и память. Так же алкоголь пагубно действует на сосуды, а так как проникает молекула этилового спирта через гематоэнцефалический барьер на ура (то есть в мозг), речь идет о постепенном омертвлении сосудистого русла головного мозга, а как же он без питания?

Не забывайте, что алкоголь – это все же наркотическое вещество, которое вызывает привыкание и зачастую, при систематическом употреблении, приводит к летальному исходу. Конечно, можно подумать «не так страшен черт, как его малюют», но задуматься стоит. Если вы не употребляете алкоголь вовсе, либо употребляете эпизодически и в малых количествах, в этом нет ничего страшного. Но если алкоголь постепенно превращается, если уже не превратился, в единственного спасителя от серых будней, советуем вам задуматься, а стоит ли игра свеч.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 70-е ГОДЫ XX ВЕКА

Сиразетринов Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Актуальность. В Республике Башкортостан в настоящее время одно из центральных мест в лечении пациентов психиатрического профиля заняла психотерапевтическая помощь. Изучение истоков формирования психотерапевтической службы является важным условием понимания дальнейшего развития профилактики и лечения психической и пограничной патологии, что в современных реалиях приобрело особую актуальность.

Цель. Изучить ход развития психотерапевтической службы Республики Башкортостан в 70-е годы XX века.

Материалы и методы. Для достижения цели был применен исторический метод. Были проанализированы первичные и вторичные исторические источники – приказы Минздрава СССР и РСФСР, доклады, монографии одного из организаторов психотерапевтической службы Башкирской АССР – Гатауллина М.М.

Результаты и обсуждения. Важную роль в восстановлении психотерапевтической службы после упадка интереса к психотерапии в 60 – е годы сыграла реорганизации психиатрической службы в 1970 году. Одной из баз стали организованные в то же время психоневрологические диспансеры. К 1967 году было организовано 8 психоневрологических диспансеров, в которых работали 42 психоневролога, 12 ответственных врачей по психоневрологической помощи. В Уфимском городском психоневрологическом диспансере, организованном в 1971 году, также трудились врачи сексопатологи и психотерапевты. Одним из первых организованных психоневрологических диспансеров был Стерлитамакский психоневрологический диспансер (1969 г.). Еще одной базой организации психотерапевтической помощи стали наркологические кабинеты, организованные в диспансерах, где основным методом работы являлись психотерапевтические методики. Массовое внедрение психотерапевтических методов связано с Приказом МЗ СССР от 02.09.1975 № 791 «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению», Приказом МЗ РСФСР от 10.10.1975 № 469 «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению РСФСР». В 70-е годы в Башкирской АССР на базе учреждений общемедицинской сети и профильных учреждений функционировали кабинеты психотерапевтической помощи. В частности на основании вышеуказанных приказов открыты психотерапевтические кабинеты в поликлинике №2 МЗ БАССР, городской больницы № 10, поликлиники № 33 и других. С 1967 г. при Республиканском обществе невропатологов и психиатров работает психотерапевтическая секция под руководством Гатауллина М.М.

Выводы. В 70-е годы XX-го века психотерапевтическая служба Республики Башкортостан получила новое развитие в связи с реорганизацией психиатрической службы, открытием психоневрологических диспансеров и психотерапевтических кабинетов на базе общемедицинских учреждений.

ЮНГИАНСКАЯ ПЕСОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ.

Сулейманова З.З., ГБУЗ РБ Стерлитамакская психиатрическая больница,
г.Стерлитамак, Zifa97zl@mail.ru

В России песочная терапия получила развитие сравнительно недавно. Принцип «терапии песком» был предложен Карлом Гюставом Юнгом, основателем аналитической терапии. Песочная терапия (ПТ) в дневном стационаре применяется в рамках интегративного подхода. Процесс игры с песком представляет собой невербальную форму психотерапии. ПТ одновременно обладает диагностическим и терапевтическим потенциалом. Основное действие терапии направлено на понимание человеком собственных внутренних процессов, как разрушительного, так и созидательного порядка. Знание источников и особенностей своих переживаний позволяет человеку чувствовать себя увереннее, когда он может найти объяснения своим переживаниям, успокаивается. Нужно сказать ещё, что мы имеем дело с проявлением творческих возможностей человека и в процессе работы происходит создание неких творческих продуктов, или «визуальных образов» с помощью разнообразных материалов, причем анализ созданных продуктов используется нечасто. Следует помнить главную заповедь «Не навреди!». Основной акцент делается на творческом самовыражении пациента, благодаря которому на бессознательно-символическом уровне происходит «отреагирование» внутреннего напряжения и поиск путей развития.

Песочница – прямоугольный деревянный ящик голубого цвета, традиционный размер 50x70x8 см, в прямоугольных песочницах чаще отражаются проблемы, конфликтные психические травмы. Голубой цвет оказывает на человека умиротворяющее действие. Песок - уникальный природный материал, является метафорой жизни и смерти. Графин с водой всегда должен находиться рядом с песочницей, она символизирует чувство гибкости. В союзе с водой песок в руках человека становится податливым, благодаря воде человек как бы приручает песок.

Фигурки, используемые в песочнице одновременно символизируют субличности человека и реальных людей, явления той среды, в которой живет пациент. Все, что встречается в окружающем мире: от предметов повседневности до фантастических образов, может занять достойное место в коллекции. Основная часть коллекции фигурок должна быть высотой до 10-12 см, но присутствие больших фигурок тоже необходимо. Большой предмет может символизировать некую психическую доминанту. ПТ представляет собой миниатюру психодрамы, где все роли выполняют миниатюрные фигурки и разыгрывание в песочнице различных жизненных ситуаций позволяет пациенту изменить отношение к ним и найти правильные для себя, решения.

Человек, играющий в песочнице, воплощает фигурку Волшебника и поскольку игра происходит в контексте сказочного мира, появляется возможность творческого изменения напрягающей в данный момент ситуации, состояния.

Продолжительность сеансов в среднем 45-50 минут, количество от 1 до 4 сеансов. Преобразуя ситуацию в песочнице, человек получает опыт разрешения трудностей как внутреннего, так и внешнего плана. Накопленный опыт конструктивных изменений пациент переносит в реальность. Все говорит в пользу того, что песочница-эта среда для общения человека с самим собой и символами мира.

ЭВОЛЮЦИЯ ГИПНОТЕРАПИИ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Р.Д. Тукаев, д.м.н., профессор ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва, Россия,
tukaevrd@gmail.com

Проведен методический анализ «классического», эриксоновского гипноза и универсальной гипнотерапии.

Проанализированы отечественные шаблоны трактовки гипнотерапии:

- 1) гипнотерапия – метод психотерапии;
- 2) гипнотерапия вообще;
- 3) превосходство эриксоновского гипноза над «классическим»;
- 4) гипнотерапия – уходящая практика.

Сопоставляемые методы рассмотрены в рамках коммуникативного процесса, выделены:

- 1) согласование сторонами исходных представлений о гипнозе;
- 2) вербальный и невербальный уровни гипнотической коммуникации;
- 3) соотношение активностей сторон гипнотической коммуникации;
- 4) использование терапевтом обратных связей;
- 5) коммуникативные стили в гипнотерапии;
- 6) порождаемые коммуникативным стилем ограничения гипнотерапии.

Коммуникативный стиль «классического» гипноза авторитарен, использует идею прямого ведения гипнабельного пациента к терапевтическому результату.

Стиль эриксоновского гипноза основан на вербальном, недирижерно-манипулятивном управлении пациентом с подстройкой и ведением, подключением ресурсов мудрого бессознательного, использованием метафор как инструмента доступа к ресурсам.

Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии перестраивает культуральные представления пациента о гипнозе, использует позитивные когнитивно-поведенческие модели, учитывает биологические механизмы гипнотерапии, задействует невербальную коммуникацию при гипнотизации, гипнотерапии, дегипнотизации, потенцирует активность пациента в выздоровлении.

Коммуникативный стиль «классического» гипноза порождает феномены «негипнабельности» и гипномании.

Коммуникативный стиль эриксоновского гипноза потенцирует «сопротивление» гипнозу.

Коммуникативный стиль универсальной гипнотерапии изредка характеризуется прекращением терапии пациентом

Термин «прокрастинация» происходит от английского слова «procrastination» - «задержка, откладывание», и означает присущую человеку склонность откладывать важные дела на неопределенный срок, что в итоге только усугубляет трудности. Часто, откладывая, например, написание отчета, оплату счетов или посещение тренажерного зала, человек оправдывает себя тем, что ожидает «лучшего момента» для этого (хорошего настроения, вдохновения, восстановления энергии или оптимального состояния ума), но фактически не решает проблему и начинает ощущать нарастающее недовольство собой, беспомощность и подавленность. Если прокрастинация происходит хронически, она может существенно снижать качество жизни. Один из методов, помогающих справиться с прокрастинацией, предлагает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в формате как индивидуальной, так и групповой терапии. КПТ рассматривает прокрастинацию как систему из мыслей, эмоций, физических ощущений и поведения, при этом терапевт помогает скорректировать убеждения и паттерны поведения, вызывающие и поддерживающие эту проблему. Кроме того, КПТ помогает эффективно справляться с основными факторами, вызывающими прокрастинацию – тревогой, низкой самооценкой и невнимательностью.

Основные техники преодоления следующие: Поведенческая активация: помогает изменить образ мыслей относительно дел с учетом личности и ценностей пациента, учитывая способы получения удовольствия и «чувства мастерства» от активности. Помогают и купинг-карточки - пациент делает краткую запись о стратегии или плане на небольшой карточке, которую носит с собой и использует, чтобы в нужный момент преодолеть желание к прокрастинации.

Поведенческие эксперименты: помогают переоценить предположения, касающиеся способностей пациента к достижению целей (как пессимистические – «я не могу этого сделать», так и излишне оптимистические «я сделаю это за одну ночь»).

Тренинг осознанности: пациента обучают быть осведомленным по отношению к его мыслям и чувствам без «слияния» с ними или осуждения их. Это помогает абстрагироваться от своих искаженных мыслей, увидеть реальную ситуацию и применить в ней более эффективно свои навыки вместо того, чтобы реагировать слишком эмоционально.

Экспозиция (так как прокрастинация часто поддерживается нежеланием испытывать дискомфорт или тревогу): техника КПТ с помещением пациента в ситуацию, вызывающую тревогу, что впоследствии повышает толерантность к тревоге. В случае с прокрастинацией возможна градуированная экспозиция с заданиями различной сложности, в том числе с ограничением по времени работы.

Борьба с «внутренним голосом» (так называют собственные критические мысли, вызывающие дистресс): быть осведомленным о том, что говорит внутренний голос, найти глубинные убеждения, лежащие в его основе и отказаться от этих ложных мыслей в пользу реалистичных.

Контроль стимулов: научить пациента, используя «стимулы» (ситуации, в которых обычно проявляется нужное или подавляется нежелательное поведение), максимально мотивировать себя на активность. Важно также устранить отвлекающие стимулы (телефон, телевизор и т.д.). В работе необходимы перерывы, а также вознаграждение себя после завершения работы или части работы.

Стоит помнить, что прокрастинация вплетена в когнитивные процессы и поэтому требует профессиональной помощи, которая поможет выявить ее когнитивные предпосылки и разработать стратегии преодоления.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Фиолина А.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, alena.endorphin@yandex.ru

Головная боль напряжения (ГБН) представляет собой широко распространенное заболевание, занимающее ведущее место среди других видов головной боли. По данным разных авторов, распространенность ГБН составляет от 30 до 50% - таким образом, по меньшей мере каждый третий человек испытывал ее в своей жизни. Менталитет общества, наличие социально приемлемых зависимостей (таких как, например, трудовогоголизм), а также высокая степень коморбидности приводят к тому, что среди пациентов психотерапевтического профиля ГБН встречается достаточно часто. Кроме того, головная боль напряжения является проблемой, стоящей на стыке разных врачебных специальностей, а значит, требует к себе особого, междисциплинарного и в то же время персонализированного подхода.

Для диагностики ГБН используются такие методы, как дневник головной боли, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), а также опросники качества жизни (DN4, LANSS, Pain Detect). Инструментальные методы при ГБН информативны лишь косвенно и являются скорее исключаяющими.

Лечение ГБН требует комплексного подхода и должно включать в себя симбиоз медикаментозного и психотерапевтического методов. Свою эффективность доказали когнитивно-поведенческая и гипносуггестивная психотерапия. Одним из инновационных методов лечения ГБН является танцевально-двигательная терапия (ТДТ), эффективность которой была оценена в условиях круглосуточного психотерапевтического стационара РКПЦ.

Для оценки интенсивности и динамики состояния пациентам предлагалось ежедневно вести Дневник головной боли, в который помимо стандартных вопросов также включена ВАШ. Исследование проводилось в условиях круглосуточного психотерапевтического стационара у пациентов с ГБН, коморбидной с тревожными и депрессивными расстройствами. Всего было проанализировано 220 пациентов с жалобами на болевой синдром. Пациенты были условно разделены на две группы: опытная группа (152 человека) получала наряду с медикаментозным лечением занятия ТДТ, тогда как контрольная группа (68 человек) занятия ТДТ не посещала в силу собственных убеждений. Каждый участник посетил не менее 3 занятий в группе открытого типа. Упражнения были подобраны с учетом особенностей группы. Участники могли задавать вопросы как на протяжении занятия, так и после его окончания.

У большинства пациентов выраженность болевого синдрома уменьшалась уже к концу первого занятия, что они фиксировали в Дневнике головной боли. При продолжении выполнения изученных на занятии упражнений самостоятельно, приступы ГБН и частота приема анальгетиков сокращались в 2-3 раза.

Результаты исследования показали, что у опытной группы пациентов интенсивность ГБН по ВАШ к концу лечения снижалась на 60-70 единиц, а у контрольной группы — на 25-40.

Таким образом, исследование показало, что применение танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении пациентов с головной болью напряжения обладает выраженной эффективностью в снижении интенсивности боли по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о необходимости внедрения ее в психотерапевтическую практику.

СТРЕСС В ПОСТПЕНСИОННОМ ВОЗРАСТЕ.

Христолюбова Н.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, UFA.RKPC@doctorr.ru

Общая логика возрастного кризиса: происходящие в период кризисов процессы перестройки смысловой структуры сознания и переориентации на новые жизненные задачи неотвратимо влекут за собой смену характера деятельности и взаимоотношений человека. Так они оказывают глубокое влияние на весь дальнейший ход развития личности.

В преклонном возрасте (старости) человек преодолевает три подкризиса:

- первый из них – это переоценка собственного «Я» помимо его профессиональной роли, которая у многих людей, вплоть до ухода на пенсию, остается главной.

- второй подкризис связан с пониманием того, что здоровье ухудшается, а тело стареет, что дает человеку возможность выработать у себя в этом плане необходимое равнодушие.

- в результате третьего подкризиса у человека исчезает самоозабоченность, и теперь он без ужаса может принять мысли о смерти. Пожилые люди, чаще всего, опасаются уже не самой смерти, а возможности лишённого всякого смысла чисто растительного существования, а также страданий причиняемых болезнями.

«Счастливая» старость наступает у гармоничных личностей с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности, занимающихся длительное время интеллектуальным трудом и не прекративших это и после выхода на пенсию. Психологическое состояние таких людей характеризуется витальной астенией, созерцательностью, склонностью к воспоминаниям, умиротворенностью, мудрой просветленностью и философским отношением к смерти.

«Несчастливая старость», как правило, возникает у личностей с чертами тревожной мнительности, сензитивности, наличием соматических заболеваний. Для этих лиц характерна утрата смысла жизни, чувство одиночества, ощущение беспомощности и постоянные размышления о смерти, как об «избавлении от страданий». У них часты суицидальные мысли, возможны суицидальные действия и обращение к методам эвтаназии.

«Психопатологическая старость» проявляется возрастными органическими нарушениями, депрессией, ипохондрией психопатоподобными, невротоподобными, психоорганическими расстройствами, старческим слабоумием. Очень часто у таких пациентов выражен страх оказаться в доме для престарелых.

Наиболее актуальны при помощи в преодолении кризиса вступления в старость – социальная адаптация пожилых людей, включения их в жизнь социума и приобщения к социально значимой деятельности.

Особое значение социально-психологической помощи по преодолению кризиса пожилого возраста придается досугу. Досуг играет особую важную роль в жизни людей пожилого возраста, особенно когда их участие в трудовой деятельности затруднено.

В организации досуга используются различные виды эстетотерапии: библиотерапия, психотерапия воспоминаниями, проведение сеансов релаксации, музыкотерапия.

Разрабатывая профилактические и реабилитационные программы необходимо учитывать, что в каждом возрастном периоде жизни человека возможны кризисные состояния, в основе которых лежат специфические для данной возрастной группы психологические проблемы и фрустрированные потребности.

РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ.

Чевпцова Н.Л., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Подростки с аутоагрессивным поведением и суицидальными тенденциями требуют особого внимания в плане диагностики, лечения, психотерапевтической коррекции. В порядке межведомственного взаимодействия по фактам выявления несовершеннолетних, имеющих риск аутоагрессивного поведения, совершивших попытку суицида в детском амбулаторно-диагностическом отделении психотерапевтического Центра за 2018 год осмотрено 314 детей и подростков в возрасте от 10 до 18 лет. Дети от 10 до 14 лет 156 человек (49,7%), в возрасте от 15-18 лет 158 человек (50,3%). Мальчиков 76 человек (24,2%), девочек 238 человек (75,8). Дети и подростки обращались по направлению

КДН (комиссии по делам несовершеннолетних), администрации школ, психологами городских Центров. Из города Уфа обратилось 238 человека (75,8%), 51 человек из районов Башкирии (16,2%), городов Башкирии 25 человек (8%). На амбулаторном ребенке осматривался врачом- психотерапевтом и медицинским психологом. Дифференциальная диагностика состояния пациента помогала определить маршрут последующей помощи. Так 158 пациентам (50,3%) предложено получить лечение и психотерапевтическую помощь в дневном или круглосуточном стационаре психотерапевтического Центра. Под наблюдением психотерапевта амбулаторной службы остались 112 человек (35,7%), 34 подростка(10,8%) направлены в РПБ, для дообследования и лечения, 4 ребенка (1,3%) вернулись с рекомендациями психологического ведения и помощи к психологам городских Центров, родители 6 пациентов-отказались от какой либо помощи.

Данный подход помогает выявлению различных патологических состояний и расстройств, ведущих к суицидальному поведению. Снизить суицидальные тенденции у подростков с невротическими проявлениями, и расстройством адаптации. Сделать помощь врача психотерапевта доступной для населения.

ТЕЛЕСТНОСТЬ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ КРАКОСРОЧНОЙ РАБОТЫ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.

Чудинов Р.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Тяжелые личностные расстройства имеют отношение к доэдипальным диадным проблемам развития. Доступ к этому этапу может быть осложнен отсутствием развитой речи. В этом ключе акцент на телесности и работа с ней могут открыть новые перспективы.

Словесное обозначение того или иного феномена также можно рассматривать как способ объективации, в том числе и объективации тела. Таким образом, если пациент в анализе начинает говорить о своих телесных процессах в рамках свободного ассоциирования на кушетке или в кресле, то сам выступает субъектом манипулирования собственным телом-объектом. Аналитик же в данной ситуации служит метафорой процесса саморегуляции или трансцендентной функции в терминах аналитической психологии.

К.Г. Юнг разделяет понятие язык и речь, включая последнее в первое. Речь это словесный способ передачи информации, тогда как язык включает в себя помимо речи и язык тела. Юнг уделял внимание телесности, посадив пациентов напротив себя, начав использовать работу с песком и танцевальные практики, а также учитывая соматическое измерение при анализе сновидений. Юнг считал, что сновидение помимо интрапсихических феноменов, может указывать на происходящие в теле физические процессы, рассматривая сновидение как способ дифференциальной диагностики соматических и психических расстройств.

Другим интересным углом рассмотрения вопросов телесности является взаимосвязь отношения Эго человека к телу и его отношение с родительскими образами. В первую очередь это материнский образ, так как именно мать дает ребенку его тело. Проясняя и анализируя отношение с материнским образом у пациента, мы также проясняем его отношение с телом. Другим видом тела является социальное тело, которое уже имеет отношение к отцовскому комплексу, в область которого входят системы ценностей, в том числе ценность собственной профессиональной идентичности и результатов труда.

Амбивалентные влечения при отсутствии координирующего центра, который в аналитической психологии обозначается архетипом Самости и связан с актуализацией трансцендентной функции в процессе индивидуации, приводят к гиперконтролю. Сверхконтроль выражается в подавлении одного из дуальных влечений и доминировании другого. Это позволяет добиться некоторой психофизической стабильности, но доступ к латентным возможностям организма оказывается закрыт.

Как в танатотерапии, так и в психоанализе в случае работе на кушетке опора на спину используется для облегчения доступа к ранним состояниям психики. В психоанализ данная практика пришла из гипноза, во время которого предпринимались усилия для получения этого доступа. В этом кардинальное отличие танатотерапии и психоанализа от гипнотерапии – в них основным действующим лицом является пациент, а задача терапевта состоит в поддержании необходимых свойств пространства.

Телесность является одним из ключевых измерений в аналитической психологии и танатотерапии. В практике обоих направлений наблюдается явное или латентное внимание к телесности. Современные тенденции в психотерапии ведут к взаимному обогащению телесного и речевого измерения человеческого бытия.

Комплексный подход в работе с клиентами сегодня применяется регулярно в условиях психотерапевтических стационаров. На ряду с фармакотерапией и психотерапией в программу лечения входят и физиотерапевтические процедуры, ЛФК, трудотерапия, занятия вокалом и т.д. Вклад комплексной работы в формирование позитивной динамики психологического состояния рассмотрим на примере влияния регулярной физической нагрузки на состояние пациента.

Известно, что, физическая активность вызывает активный приток кислорода ко всем органам тела, в том числе и к головному мозгу, что способствует выравниванию эмоционального фона. В основе телесно-ориентированной психотерапии лежит положение о том, что эмоциональные переживания низкой интенсивности, но большой длительности, отражаются на состоянии организма и становятся хроническими. Это вызывает хроническое напряжение соответствующих мышц. Следовательно, основной задачей телесной терапии является определение места нахождения мышечных зажимов и их расслабление. В процессе занятия спортом, особенно силовыми нагрузками, мышцы нагружаются настолько сильно, что они не в состоянии удерживать напряжение и формировать мышечный корсет и расслабляются самопроизвольно. Более того, физическая нагрузка перед сном, за счет расслабления мышц тела, способствует легкому засыпанию, и, соответственно, является средством профилактики бессонницы.

Процесс регулярных целенаправленных занятий физической культурой или спортивных тренировок предполагает воспитание и развитие не только определенных умений и навыков, физических качеств, но также и личностных качеств. Занятия спортом учат человека преодолевать лень, соблюдать режим дня и подчиняться правилам, которые упорядочивают его жизнь, что способствует развитию самоконтроля, целеустремленности, самостоятельности. Успехи в спорте положительно влияют и на развитие самооценки, придают уверенность в себе и своих силах, способствует адекватному представлению о своих возможностях. В то же время, опыт преодоления неудач развивает совладающее поведение, способствует повышению стрессоустойчивости личности.

Стоит заметить, что систематические занятия игровыми (командными) видами спорта благоприятно влияют на развитие таких коммуникативных качеств человека, как общительность, коммуникабельность, порыв к творчеству, самостоятельность в принятии решений. Так же формируется чувство долга и ответственности перед коллективом и обществом. Человек, играющий в команде, учится проявлять эмпатию и заботу заботу.

В результате снижения эмоционального фона люди стремятся отгородиться от окружающего мира. Однако в этот период очень важно найти «отдушину» и занятия спортом в этой ситуации подходят как нельзя кстати. Повышению эмоционального фона способствуют: расширение круга общения, появление новых интересов, знаний и целей, смена обстановки и переключение с угнетающих мыслей.

Учитывая адаптационные возможности и образовательный потенциал занятий спортом, можно считать, что регулярные физические нагрузки не только повышают функциональные возможности организма, уровень физической подготовленности человека, снижают уровень стресса, но и помогают в развитии личностных и социально значимых качеств.

ТРЕНИНГ АССЕРТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Шадрина О.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Современная психотерапия охватывает широкий круг задач, включающий не только лечение расстройств невротического спектра, но и улучшение социальной адаптации здоровых лиц. Одним из перспективных направлений в этом отношении является тренинг ассертивного поведения.

Термин “ассертивность” происходит от английского глагола “*to assert*” – утверждать, заявлять, отстаивать свои права. Ассертивность можно определить как такой вид коммуникации, в котором выражение мыслей и чувств происходит в открытой манере и в то же время с уважением прав и достоинства оппонента. Тренинг ассертивного поведения может быть полезен как дополнение к лечению пациентов с социальной тревожностью, депрессией, проблемами с управлением гневом, а также для тех, кто желает улучшить свои коммуникативные навыки, научиться эффективно действовать в конфликтных ситуациях и отстаивать свою точку зрения.

Тренинг ассертивного поведения основывается на принципе уважения к праву каждого человека выражать свои мысли, чувства и потребности окружающим, если это не нарушает их прав. Отказ от самовыражения нередко приводит к тревоге, депрессии, скрытому гневу, психосоматическим проблемам, более того, к ухудшению отношений из-за недосказанности и скрытых обид.

В ассертивном поведении нет универсальных жестких правил, многое зависит от конкретной ситуации и роли в ней личности.

Ассертивность нужно отличать от агрессии. Ассертивное поведение скорее является «золотой серединой» между поведением агрессивным, когда нужды одного человека насильственно навязываются окружающим и пассивным, когда одно лицо полностью отказывается от своих нужд в пользу другого. Таким образом, тренинг ассертивности может помочь как тем, кто находится в полюсе пассивного поведения, так и тем, кто чрезмерно агрессивен.

Только теории и когнитивного понимания пользы ассертивности не бывает достаточно, чтобы научиться ассертивному поведению, поэтому в тренинге профессиональный терапевт проводит обучение в основном в практической форме. Тренинг предпочтительно проводить в групповом формате. В когнитивно-поведенческой модальности терапевт помогает пациентам понять, какие межличностные конфликтные ситуации особенно актуальны для них, помогает идентифицировать убеждения, в силу которых пациент, например, склонен к пассивности. При этом учитывается культуральный контекст. Терапевт может обсуждать с пациентами их ошибочные убеждения об ассертивности, использовать комбинацию интервью, тестов, элементов ролевой игры с «поведенческой репетицией» проблемных ситуаций, где роли двух конфликтующих сторон исполняют по очереди терапевт и пациент. Также терапевт дает пациенту обратную связь и поощрение после каждого «ролевого» упражнения. Внимание пациентов фокусируется как на вербальном, так и на невербальном компоненте поведения (зрительный контакт, поза, тон и громкость голоса, дистанция и выслушивание). Существуют и определенные ассертивные техники (например, «заезженная пластинка», чтобы отказаться от назойливого предложения услуги и т.д.), которые также отрабатываются на занятиях. Кроме всего перечисленного, терапевт может работать с пациентом, снижая его тревогу и повышая уверенность в себе с помощью техники систематической десенсибилизации, рационально-эмотивных приемов, поведенческих экспериментов или элементов «mindfulness» (осознанности) и других техник.

ТРЕХУРОВНЕВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ.

Шамсутдинов Р.Р., ГБУЗ РБ ГБ г.Кумертау, doctor_radik@mail.ru

Тревожные расстройства занимают значимые позиции в структуре обращаемости к психотерапевту или психологу. С тревогой знакомы все люди. Но за помощью обращаются именно те, у которых тревога приводит к ухудшению качества жизни и нарушению адаптационных возможностей. Иногда, просто к дискомфорту. Испытывая тревожные чувства, пациенты попадают в поле зрения терапевтов и психиатров. Следствием этого является прием различных транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков. Прекращение недуга только в период приема лекарств и его возобновление после окончания лечения, часто приводит к хронизации тревоги и утрате веры пациента в выздоровление. В связи с этим психотерапия выступает ведущим направлением в лечении тревожных расстройств.

Психотерапевтическое лечение включает в себя несколько уровней терапии: поведенческий, когнитивный и психодинамический (символдрама).

Поведенческая терапия подразумевает научение пациента навыкам совладания с приступом тревоги. Сознательное углубление и замедление дыхания во время приступа. Овладение навыками релаксации и медитации. Систематическое повторение этих упражнений в большинстве случаев приводит к стабилизации работы вегетативной нервной системы, устойчивости в стрессовых ситуациях, способности легче переживать внезапно возникающую тревогу. Для пациента важно осознать, что переживаемое состояние тревоги отличается от причины ее переживания. Для работы с тревожными ситуациями составляется их список в порядке нарастания тревоги. В последствии эти ситуации прорабатываются, моделируются в кабинете психотерапевта и отрабатываются в реальной жизни. Такую работу необходимо проводить и самому пациенту в период между психотерапевтическими сессиями. Двигаясь от менее тревожных ситуаций к более тревожным, пациент обучается справляться с негативными переживаниями.

Когнитивная терапия позволяет выявить иррациональные и дисфункциональные установки: гиперответственность, перфекционизм, повышенный уровень притязаний, высокий уровень требований к себе, страх ошибиться, интроекция чужого негативного опыта, запрет на проявление агрессии. Перевод этих установок на рациональный уровень снижает то психическое напряжение личности, которое они создают. У пациента появляется возможность сознательно менять их. Отслеживание и работа с автоматическими мыслями, в частности, их сознательная остановка с переводом процесса мышления в позитивное русло также является конструктивным навыком в процессе терапии тревожных расстройств.

Символдрама основной ступени позволяет работать напрямую с бессознательным содержанием. Используя классические мотивы в психотерапии тревоги можно добиться значительного улучшения состояния. Сама атмосфера проведения сеанса символдрамы уже успокаивающе действует на пациента. В состоянии расслабления пациенту предлагается представить образ одного из классических мотивов. В процессе сеанса пациент с закрытыми глазами рассказывает психотерапевту об образах, своих ощущениях и эмоциях. Задача психотерапевта оказывать поддержку, стараться не влиять на пациента и его переживания. На один мотив, обычно, отводится один сеанс. По окончании работы с воображением пациенту предлагается нарисовать значимые образы. В процессе терапии применяются мотивы: «ЛУГ», «РУЧЕЙ», «ГОРА», «ОПУШКА ЛЕСА».

Работа с тревожными пациентами в таком формате психотерапии зачастую приводит к положительным эффектам. Пациенты перестают испытывать тревогу без повода. Становятся более адаптированными, улучшается качество их жизни. Отпадает необходимость приема антидепрессантов и транквилизаторов.

ДЕТИ И ГАДЖЕТЫ

Ягудина Т.И., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, ya.tatyana@mail.ru

В современном мире с мобильным телефоном, планшетом дети знакомятся быстрее, чем начинают ходить. По данным Юнеско 93% современных детей 3-5 лет смотрят на экран 28 часов в неделю, примерно около четырех часов в день, что намного больше занимает время, чем реальное общение со взрослыми. Планшеты, мобильные телефоны имеют развлекательную функцию, а родителей это вполне устраивает. Эта проблема не детей, а родителей. Часто можно наблюдать в общественных местах, в поликлиниках, кафе, такую картину: родители, для своего эмоционального комфорта просто дают в руки ребенка сотовый телефон и все на первый взгляд отлично, ребенок спокоен и не надоедает «почемучками» взрослым. Такая же картина в общественном транспорте, в аэропортах, на вокзалах, в любой ситуации ожидания, когда родители не знают, как занять подрастающее поколение, или не хотят напрягаться. Малыш общается с тем, что ему доступно. Современные родители не задумываются о том, что ребенку важно живое общение. Именно живое общение — это главное условие формирования личности ребенка. Многочисленные психологические исследования показывают, что общение ребенка со взрослыми является главным и решающим условием развития всех психических способностей и качеств ребенка: мышления, речи, самооценки, эмоциональной сферы, воображения. Детям, с раннего возраста привыкших к телефону, потом трудно переключиться на более важные занятия: книги, игры на свежем воздухе, настольные игры. К сожалению, современные дети уже не проводят большинство свободного от школы времени на улице, в парках, на детских площадках за увлекательными играми, как это было во времена их родителей и бабушек с дедушками. А ведь активный образ жизни – это залог здорового развития ребенка.

Родители должны понимать, чем больше ребенок времени проводит уткнувшись в экран, тем меньше он учится коммуницировать, накапливать опыт общения, осваивать навыки рассказа о пережитых впечатлениях. Ребенку трудно передать свои переживания словами, поведать о своей тревоге и страхе. Неконтролируемое времяпровождение за гаджетом таит в себе серьезные опасности и может повлечь весьма печальные последствия не только для физического здоровья ребёнка (нарушения зрения, дефицит движений), так же для речевого развития. Диалог – это простая форма речи, где присутствует вопрос, ответ, добавления, пояснения, возражения. Немаловажную роль играют мимика, интонации, которые могут изменять значение слова. Не имея навыков общения, дети испытывают трудности даже в этой простой форме речи. Необходимо развивать умение строить диалог – спросить, ответить, объяснить, попросить, пользуясь при этом разнообразными языковыми средствами в соответствии с ситуацией. Современные дети отстают в речевом развитии, трудно воспринимают информацию на слух, испытывают трудности с пониманием и пересказом прочитанного текста. Для этого рекомендуется проводить беседы на самые различные темы, связанные с жизнью в семье, в детском саду, о его отношениях с друзьями и с взрослыми, о его интересах, желаниях, но и для его психического развития.

В подростковом возрасте ребенок продолжает общение с гаджетом, и свои тайны и переживания будет доверять переписке с виртуальными друзьям в социальных сетях.

АЛКОГОЛЬ И НАРУШЕНИЕ СНА.

Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., Ефремов И.А., Башаров В.Р.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер» Минздрава Республики Башкортостан 450057, Уфа.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя, являются широко распространенными проблемами, характеризующиеся увеличением потребления алкоголя с течением времени, потерей контроля над употреблением алкоголя и упорным употреблением алкоголя, несмотря на негативные последствия. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (2014), расстройства, связанные с употреблением алкоголя, наблюдаются, примерно, у 10% населения во всем мире. Следует отметить значительные социальные издержки в виде потери производительности на рабочем месте, увеличения нагрузки на систему здравоохранения и ранней летальности. Таким образом, определение фундаментальных, нейробиологических причин, лежащей в основе алкогольной зависимости, привести к усовершенствованию методов профилактики и лечения лиц, зависимых от алкоголя. Согласно отчету Всемирной Организации Здравоохранения (2014), несмотря на то, что алкоголь широко потребляется, только 11,5% потребителей злоупотребляют алкоголем, а 3,6% имеют сформированную алкогольную зависимость. Таким образом, предполагается существование механизмов, которые защищают большинство людей, употребляющих алкоголь, от перехода от умеренного к чрезмерному, неконтролируемому потреблению алкоголя. Далее, мы приводим данные, предполагающие, что нарушения сна могут лежать в основе, как формирования алкогольной зависимости, так и служить ее осложнениями.

Этиология.

Периодическое злоупотребление алкоголем, может вызвать нейробиологическую или поведенческую сенсбилизацию, усиливающую вознаграждающее действие препарата. Следовательно, при неоднократном повторном употреблении, возможное формирование порочного круга зависимости», приводящее к снижению контролирующей функции этих систем и развитию зависимости от алкоголя. У ряда лиц, имеющих предрасположенность, на фоне эпизодического потребления алкоголя, происходит нарушение гомеостатического баланса нейротрансмиттеров, таких как ацетилхолин, ГАМК, дофамин, глутамат, норадреналин. Эти нейрохимические изменения приводят к росту толерантности (необходимости увеличить дозу препарата для достижения положительного эффекта), синдрому отмены (последствия неприменения препарата). Многие из вышеописанных нейротрансмиттерных систем непосредственно участвуют в регуляции системы сна-бодрствования. Таким образом, предполагается этология нарушений сна и циркадной дисрегуляции, которая может возникнуть на различных стадиях употребления или отмены вещества, а также в фазе ремиссии.

Расстройство употребления алкоголя и сон.

В исследовании Deirdre A. Conroy и J. Todd Arnedt (2014), пациентов с алкогольной зависимостью было обнаружено, что алкоголь вызывает увеличение периода до засыпания и сокращение полного времени сна, тогда как для здоровых людей алкоголь является сонногенным агентом и не влияет на время сна. Более ранние исследования Brower K. (2011) показали, что алкоголь производит увеличение

медленного сна в первой половине ночи у лиц страдающих алкогольной зависимостью, тогда как у контрольной группы таких нарушений не обнаруживалось. Последние данные, представленные S. He et al (2019) свидетельствуют о том, что хронотип (предпочитаемое время суток) человека, может служить фактором риска к употреблению алкоголя. Так например, у лиц, имеющих склонность ложиться поздно (т.н."вечерний хронотип"), был обнаружен более высокий уровень потребления алкоголя. Одним из предложенных механизмов, участвующих в аномалии сна и циркадных нарушениях у страдающих алкогольной зависимостью является снижение содержания мелатонина.

Мелатонин - индольная молекула, впервые выделенная и идентифицированная из шишковидной железы коров. Определено, что основной и уникальной особенностью мелатонина является регуляция циркадного ритма у позвоночных - он является сигнальной молекулой, информирующей организм человека о суточных ритмах земли. Соответственно, у человека, нормальная смена фаз бодрствования и сна (циркадный ритм) генерируется исключительно мелатонином, выделяемым из шишковидной железы. Роль шишковидной железы в продуцировании мелатонина доказана многочисленными исследованиями, так например ее удаление резко сглаживает амплитуду колебания мелатонина крови, либо совсем его устраняет.

Алкоголь широко используется в качестве снотворного. Однако, по мере того, как потребление алкоголя становится хроническим, алкоголь оказывает меньшее гипнотическое действие. Так, Roth T. (2009), показал наличие "убедительной связи между злоупотреблением психоактивными веществами и нарушениями сна". Hasler V. P., Clark D. B (2013), обнаружили, что пациенты, обращающиеся в медицинскую клинику за лечением жалоб на сон, чаще имеют проблемы с употреблением наркотиков и/или алкоголя по сравнению с пациентами без жалоб на сон. Также авторы указывают, что нарушение сна, в частности бессонница, связано с различными коморбидными состояниями, включая синдром зависимости. Известно, что алкоголь может уменьшить латентность сна при потреблении здоровыми людьми, хроническое употребление приводит к увеличению латентности сна. Опубликованные исследования показывают, что латентность сна пролонгируется в периоды употребления алкоголя, во время острой отмены (например, в первые две недели воздержания), и во время пост-острой отмены (со 2 по 8 неделю воздержания). Кроме того, после второго месяца абстиненции латентность сна все еще может быть увеличена. Большинство исследователей, за очень немногими исключениями описывают снижение полного времени сна, во время активного употребления. У взрослых мужчин, в состоянии алкогольной абстиненции, был определен низкий уровень мелатонина в начале ночи и задержка ночного подъема мелатонина.

Приведенные исследования могут предложить важную роль терапии сна среди алкогользависимых пациентов. Данная терапия может как сгладить проявления абстинентного синдрома, так и увеличить длину и качество ремиссии. Оценка биомаркеров циркадной фазы, таких как мелатонин, а также оценка паттернов сна / бодрствования может служить важной информационной составляющей, определяющей риск обострения алкогольной зависимости. Ранее обнаруженные факты, о роли мелатонина в формировании, могут простимулировать новые направления в исследованиях, которые могут иметь важные практические последствия в понимании и лечении алкогольной зависимости. Тем не менее окончательное определение причинно-следственных связей, связывающих нарушение циркадного ритма, дисрегуляцию системы вознаграждения и алкогольную зависимость еще находится в отдаленном будущем и ожидает перспективных и экспериментальных исследований

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ.

Бакиева Д.С., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, dilara.bakieva@mail.ru

Суворова Р.А., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, regina.suvorova@mail.ru

Шарипов А.Р., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, e-mail: allopsy58@mail.com

В статье описаны эффекты влияния психологической саморегуляции на состояние зрительной системы офтальмологических пациентов. Показано, что саморегуляция с использованием гетеро- и ауто-суггестивных техник сопровождается достоверными изменениями гемо- гидродинамических показателей орбитальной области и выраженным повышением возбудимости зрительного анализатора. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии психологической саморегуляции на состояние зрительной системы пациентов с офтальмопатологией.

Ключевые слова: психологическая саморегуляция, гетеросуггестивная релаксация, состояние зрительного анализатора.

Современная офтальмология обладает весьма обширным арсеналом технологий и инструментов для диагностики и лечения глазных болезней. Однако при подобном «технократическом» подходе пациент, зачастую воспринимается как «объект» лечебного воздействия, а его персональное участие в излечении сводится к пассивному исполнению рекомендаций врача. Упускается из виду и тот факт, что зрительные нарушения, как врожденные, так и приобретенные, сопровождаются существенной социальной и психологической дезадаптацией. Было неоднократно показано, что нарушение зрения приводит к понижению скорости и точности восприятия (искаженность восприятия, фрагментарность), к затруднению выявления причинно-следственных связей между предметами и явлениями, к замедленному и неточному их определению, к нарушению единовременности, и дистантности восприятия, к снижению уровня эмоционального восприятия объектов внешнего мира [2]. Нарушения восприятия неизбежно приводят к возникновению зрительной депривации и формируют устойчивую ситуацию стресса, неуспеха, фрустрации, беспомощности и зависимости от окружающих вызывающую отрицательные эмоции, перерастающие в устойчивые состояния психики и характерологические деформации личности усугубляющие проблемы социальной адаптации [5].

Существование подобного замкнутого круга выводит на передний план задачу активной позиции пациента в отношении своего состояния и его непосредственного участия в процессе лечения. Для этого в лаборатории клинической психологии и психофизиологической коррекции зрения ВЦГПХ «аллоплант» разработаны и успешно применяются приемы обучения пациентов саморегуляции. Используются некоторые приемы «Аутоофтальмотренинга» автор Л.П. Гримака, «Метода прогрессирующей релаксации» Е. Джейкобсона, метод Г. Бейтса, а так же авторская методика психофизиологической саморегуляции для офтальмологических пациентов, реализуемая на основе «гетеросуггестивной поддержки» [3].

Обучившись саморегуляции, человек становится ответственным за результаты лечения. Многие исследователи считают, что психологическая саморегуляция дает возможность управлять собственным функциональным состоянием и позволяет мобилизовать и самостоятельно использовать внутренние психофизиологические ресурсы управления состоянием зрительной системы [4]. Отмечены долгосрочные эффекты подобных процедур, выражающиеся в устойчивом приросте остроты зрения, расширении зрительных возможностей,

улучшении социальной адаптации и повышении уверенности и самостоятельности слабовидящих пациентов.

Однако на сегодняшний день механизмы влияния психологической саморегуляции на состояние зрительного анализатора изучены крайне недостаточно. Для решения этой задачи нами было проведено исследование краткосрочных эффектов процедур психофизиологической саморегуляции у 49 офтальмологических пациентов Всероссийского центра глазной и пластической хирургии. Респонденты были в возрасте от 17 до 66 лет, в равной пропорции - мужского и женского пола. Вся процедура исследования занимала примерно два часа с 14.00 до 16.00, и проводилась с каждым пациентом индивидуально в один этап. В исследовании мы проводили две гетеросуггетивные программы «Здоровье» и «Идеальный образ»[1].

Измерения офтальмологических показателей – острота зрения (ОЗ), авторефрактометрия (АРМ), автотонометрия (АТМ), бесконтактная термометрия области орбиты (t), порог электрической чувствительности (ПЭЧ), электрическая лабильность (ЭЛ) критическая частота слияния мельканий на красный, зеленый и синий цвет (КЧСМ -R, -G, -B) проводили до и после саморегуляции. Все исследования проводились в стандартных условиях по общепринятым методам с соблюдений соответствующих требований. В процессе исследования измерения показателей всегда начинали с правого глаза, заканчивали левым. Время на измерение у пациентов по вышеперечисленным методикам примерно занимало 30-35 минут Сравнительный анализ исследуемых показателей до и после проведения процедур проводили с помощью пакета программ STATISTICA 7 с использованием Т-критерия Стьюдента для попарно связанных выборок. Значимыми считали различия, достоверные при $p < 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Краткосрочные эффекты саморегуляции не обнаружили достоверных изменений показателей остроты зрения, сферической и цилиндрической составляющих рефракции электрической лабильности и критической частоты слияния мельканий на красный стимул. При этом, ранее нами было показано, что в отдаленные сроки (от полугода и более) при регулярной самостоятельной практике саморегуляции пациентам удавалось не только достоверно повысить остроту зрения, но и существенно улучшить рефракционные показатели глаза.

С другой стороны было обнаружено, что единичный сеанс саморегуляции приводит к достоверному снижению ВГД с $13,59 \pm 2,08$ мм.рт.ст до $12,72 \pm 2,08$ мм.рт.ст, падению порога электрической чувствительности с $107 \pm 75,5$ мкА до $85 \pm 48,7$ мкА, а так же приростами критической частоты слияния мельканий на зеленый (с $37 \pm 10,4$ Гц до $39 \pm 10,6$ Гц) и, особенно – синий (с $38 \pm 8,8$ Гц до $40 \pm 9,4$ Гц) стимулы. Кроме того, была отмечена устойчивая тенденция к росту температуры периорбитальной области с 36,7 до 37 град С, что может свидетельствовать об усилении капиллярного кровотока.

В целом, полученные данные прямо указывают, что краткосрочные эффекты саморегуляции связаны как с улучшением гемо-гидродинамики глаз (повышение температуры и снижение ВГД), так и с закономерным повышением возбудимости зрительного нерва (снижение порога электрочувствительности) и периферии сетчатки (повышение КЧСМ на синий и зеленый цвета). Можно полагать, что при систематической практике саморегуляции происходит кумуляция описанных краткосрочных эффектов, сопровождающаяся устойчивым повышением остроты зрения в отдаленные сроки.

Использование методов саморегуляции укладывается в концепцию современной 4П – медицины (Lego Hood) поскольку позволяет эффективно прогнозировать и программировать результаты лечения в период между вмешательствами, позволяет

предотвратить негативные последствия, персонализировать процесс для каждого пациента и, главное – привлечь пациента к самостоятельному достижению наилучших результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиева Д.С., Суворова Р.А., Шарипов А.Р. Саморегуляция как метод психологической помощи в офтальмологии. Практическая медицина. -2018. - №16. –С.153-157.
2. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. - СПб.: Изд-во Каро, 2006. - 336 с. -(Серия «Коррекционная педагогика» ISBN 5-89815-675-5).
3. Лозбин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка: (Справочное пособие для врачей). - Л.: Медицина, 1986. - 280 с.
4. Ромен А.С. Самовнушение и его влияние на организм человека: Экспериментально-теоритическое и клиничко-практическое исследование - Алма-Ата: Изд-во Казахстан, 1970. - 200 с. Психиатрический словарь / В.С. Первый [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2013. - 635 с.
5. Шарипов А.Р., Суворова Р.А. Роль психологических особенностей офтальмологических пациентов в послеоперационной реабилитации Вестник Оренбургского государственного университета. —2007 г. — № 78. — С. 180-184.

The influence of psychological self-regulation on the state of the visual analyzer of ophthalmic patients

Bakieva dilara Samatovna, all-Russian center of eye and plastic surgery of the Ministry of health of the Russian Federation, Ufa, e-mail: dilara.bakieva@mail.ru

Suvorova Regina Albertovna, all-Russian center of eye and plastic surgery of the Ministry of health of the Russian Federation, Ufa, e-mail: regina.suvorova@mail.ru

Sharipov Amir Rashitovich, all-Russian center of eye and plastic surgery of the Ministry of health of the Russian Federation, Ufa, e-mail: allopsy58@mail.com

The article contains the impact effect of psychological autoregulation upon the condition of the ophthalmic patients' visual system. It is shown that autoregulation with the use of hetero- and autosuggestive techniques is accompanied by the reliable changes of hemo - hydrodynamic parameters of the orbital region and marked increase of the visual analyzer excitability. The obtained data testify to the positive impact of the psychological autoregulation upon the condition of the patients' visual system with ophthalmopathologies.

Literature

1. Bakieva D. S., Suvorova R. A., Sharipov A. R. self-Regulation as a method of psychological assistance in ophthalmology. Practical medicine. -2018. -№16. –P. 153-157.
2. Litvak A.G. The psychology of the blind and visually impaired persons: Educational manual for the students of higher Pedagogical educational institutions - Saint Petersburg: Publishing House Karo, 2006. - p 336. (Series «Correctional pedagogies» ISBN 5-89815-675-5).
3. Lozbin B.S., Reshetnikov M.M. Autogenous training: (Reference guide for doctors). - L: Medicine, 1986. - p 280.
4. Romain A. S. self-Hypnosis and its influence on the human body: Experimental-theoretical and clinical-practical research - Alma-ATA: Izl-in Kazakhstan, 1970. - 200 p. Psychiatric dictionary / Vs First [et al.]. - Rostov n/A: Phoenix, 2013. - 635 p.
5. Sharipov A. R., Suvorova R. A. the Role of psychological features of ophthalmic patients in postoperative rehabilitation Bulletin of Orenburg state University. -2007. — № 78. — P. 180-184.

ПОВЫШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ

Барковская И.И., ГБПОУ Салаватский индустриальный колледж,
руководитель Республиканского методического объединения психологов
учреждений СПО РБ, г. Салават, barkovskaya.59@mail.ru

Проблемы сохранения психического здоровья педагогических работников являются предметом многочисленных исследований. Однако большинство работ по данной теме направлены на профилактику эмоционального выгорания и предупреждение невротических расстройств воспитателей дошкольных образовательных учреждений и учителей общеобразовательной школы (Митина Л.М., С.П. Безносков, А.К. Маркова, Н.С. Пряжников, Е.И. Рогов, Э.Ф. Зеер Коробченко О.В.).

Профессиональная деятельность преподавателей среднего профессионального образования (СПО) имеет свою специфику: в колледжах обучаются студенты, две трети которых являются несовершеннолетними и проживают вдали от дома, в студенческих общежитиях, при этом значительная часть из них является детьми из неблагополучных, малоимущих, неполных семей, детьми-сиротами, выпускниками детских домов. Особенность преподавательской работы в профессиональных образовательных учреждениях проявляется:

- в высокой интенсивности труда (преподаватели профессионального цикла и мастера производственного обучения имеют, как правило, 2 ставки педагогических часов, а преподаватели общеобразовательных дисциплин не менее 1,5 ставок);
- в преподавании не одной, а нескольких дисциплин и профессиональных модулей, что требует увеличения времени на подготовку к занятиям;
- в выполнении дополнительных обязанностей (заведование лабораториями и т.п.);
- в ведении секций и кружков (с подготовкой студентов к чемпионатам «Молодые профессионалы» - World Skills Russia; олимпиадам и профессиональным конкурсам);
- в необходимости постоянной разработки курсов лекций, контрольно-оценочных средств, методических указаний по преподаваемым дисциплинам и профессиональным модулям в соответствии с меняющимися Федеральными государственными образовательными стандартами;
- в ведении курсового и дипломного проектирования.

Таким образом, рабочая нагрузка преподавателей СПО профессионального цикла составляет до 60 и более часов в неделю, а преподавателей общеобразовательного цикла до 50 часов в неделю, что само по себе требует постоянной мобилизации нервно-психических ресурсов личности. Кроме того, в поло-возрастном составе инженерно-педагогических кадров преобладают женщины в возрасте от 45 до 65 лет со стажем работы от 20 до 45 лет. Доля преподавателей - мужчин и мастеров производственного обучения составляет около 15% со стажем более 25 лет.

Учитывая, что профессиональная деятельность преподавателя СПО характеризуется высокой интенсивностью, а психо-эмоциональное состояние преподавателя транслируется на обучающихся, актуальным вопросом является профилактика профессиональной деформации педагогов колледжей. Наиболее частым искажением личности профессионала является возникновение синдрома эмоционального выгорания, который исследователи считают одним из признаков профессиональной деформации (В.Е. Орел, 2005). С.А. Дружилов отмечает, что «появление профессиональной деформации не является неизбежным последствием

условий работы, а связано с неконструктивностью профессионального стиля и ролевых установок личности, и во многом доступно коррекции» [3; 260].

В течение ряда лет на базе ГБПОУ Салаватский индустриальный колледж нами ежегодно реализуется Программа повышения психологической компетентности и профилактики профессиональной деформации педагогических работников колледжа. Программа рассчитана на разное количество часов: от 10 до 40 (количество часов варьируется в зависимости от интенсивности образовательного процесса в колледже). Программа предусматривает цикл лекционных и практических (тренинговых) занятий. Для участия в Программе приглашаются все педагогические работники колледжа. Лекционные занятия (с демонстрацией презентаций) проводятся одновременно для всех преподавателей после занятий (в такие дни в расписании у преподавателей стоит не более 3 пар), а тренинговые занятия - по подгруппам (группы по 12-14 человек формируются психологом) во время свободных пар. В день психолог проводит 2-3 тренинга в разных группах. По окончании всего курса, предусмотренного Программой, педагоги получают сертификаты участников (до 16 часов) или удостоверения о прохождении курсов повышения квалификации (если объем посещенных занятий от 16 часов и выше), что создает дополнительную мотивацию для участия в Программе.

На лекциях психолог знакомит педагогов с основными социально-психологическими теориями личностями (психоанализ, бихевиоризм, гуманистическая психология), с теорией стресса и дистресса Г. Селье, рассматриваются проблемы адаптации и дезадаптации личности в профессиональной деятельности, механизмы психологической защиты, вопросы эмоционально-волевой регуляции поведения. Содержание таких лекций направлено на расширение психологического кругозора педагогов, открытия «субъективного нового», ломку стереотипов восприятия и мышления, создание прецедентов для будущих дискуссий на тренинговых занятиях.

Практические занятия (тренинги) проводятся в комнате психологической разгрузки, где созданы условия для комфортного психологического состояния преподавателей (фитодизайн, зеленовато-голубовая цветовая гамма помещения, удобные кресла, фиточай, соответствующее музыкальное сопровождения релаксационных сеансов). Тренинги состоят из 3-х блоков.

Информационные блоки по времени занимают 10-15 минут (например, психологические особенности восприятия людьми друг друга, средства коммуникации, способы конструктивного разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, позитивное мышление и т.д.).

Блок психотехнических игр и упражнений длится 40-45 минут, при этом интенсивно используются приемы арт-терапии («изобрази свою проблему», «нарисуй свое настроение» и т.д.), работа с ассоциативно-метафорическими картами («Переход» Н. Огненко, «Пути-дороги. Метафора жизненного пути» Г. Кац и Е. Мухаматулиной, «Карты чувств и эмоций для обретения гармонии» Е. Кораблевой и др). Арт-терапевтические методы вызывают особый интерес участников, так как можно не озвучивать в группе свои проблемы, а изобразить их в виде рисунков (цветовых пятен). В нашей практике мы активно используем ресурсы группы в разрешении проблем участников: каждый из членов тренинговой группы дополняет рисунки позитивными элементами по мере передачи листков с рисунками по кругу. В результате по возвращению рисунка к автору создаются условия для другого взгляда на проблему, что очень часто способствует переосмыслению ситуации и нахождению способов ее разрешения.

Третий блок – это релаксационный сеанс длительностью 25-30 минут с использованием соответствующего музыкального сопровождения, звуков природы, шума морского прибоя, пения птиц, при этом в помещении создается

полузатемненная обстановка. В нашей практике мы также применяем аудиосеансы психорегуляции эмоциональных состояний В.А. Ананьева «Встреча с целителем» (С-Пб. «Иматон»).

Заканчиваются тренинговые занятия рефлексией, отражением чувств, чаепитием и неформальным общением коллег. После завершения всего цикла занятий проводится анонимное анкетирование участников с целью получения обратной связи и оценки эффективности реализуемого курса. Преподаватели отмечают, что участие в Программе способствует снятию психологического напряжения, улучшению настроения и психологического климата в коллективе, оптимизации общения между педагогами, работающих на разных отделений (общение становится более личностным, неформальным). Проигрывание в группе различных ситуаций помогает осознанию участниками своих позитивных и негативных черт, позволяет получить обратную связь от более опытных коллег. Психотехнические упражнения и релаксационные сеансы способствуют получению опыта принятия своих чувств (гнева, вины, тревоги, страха), что существенно влияет на стабилизацию не только актуального эмоционального состояния, но и повышает культуру эмоциональной экспрессии в последующем через использование отработанных приемов и техник. По завершению Программы увеличивается количество запросов от педагогов на индивидуальную консультативную работу с психологом.

Таким образом, профилактическая и психо-коррекционная работа с педагогическими работниками, проводимая психологической службой колледжа при заинтересованности и активной поддержке администрации профессионального образовательного учреждения, способствует гармонизации психо-эмоционального состояния преподавателей и межличностных отношений в коллективе, создает условия для профилактики профессиональной деформации и повышения психологической компетентности, личностного и профессионального роста педагогов.

Литература:

1. Барковская И.И. Гуманизация профессионального образования глазами психолога. –Уфа: Издательский центр РУНМЦ, 2000.-88 с.

2. Беспаленко Е. М. Индивидуальная и групповая психотерапия невротических расстройств у педагогов образовательных организаций // Молодой ученый. - 2017. №33. - С. 49-53. — URL <https://moluch.ru/archive/167/45390/> (дата обращения: 14.04.2019).

3. Дружилев С.А. Психология профессионализма. 2-е изд-е, испр., доп. –Х.: Изд-во «Гуманитарный центр», -2017.-360 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

Бухаров Ф.Ф., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, bfarid23@mail.ru

Тревожное расстройство — это следствие непрерывных изменений условий жизни и одна из часто встречаемых проблем современной медицины в рамках предъявляемых жалоб во время врачебного приема. В клинической картине тревоги парированы устойчиво повторяющиеся переживания стрессового момента, в виде негативного воспоминания, чувства страха и напряжения, с частым проявлением дрожи в теле, нервозностью и дискомфортом в эпигастральной области.

В терапии одним из методов лечения невротических расстройств на сегодняшний день лидируют транквилизаторы – производные бензодиазепа, которые помимо положительного эффекта, могут вызвать и обратный эффект, в виде привыкания и зависимости, и при более продолжительном приеме, необходимостью постоянного увеличения дозы препарата. Поэтому одним из результативных подходов в психотерапии можно применять метод гипнотерапии, позволяющий вести работу на глубинном уровне, трансформируя отношение к психотравмирующим ситуациям, разрешая актуальную проблему.

Универсальная гипнотерапия, разработанная Р. Д. Тукаевым более тридцати лет назад. Ориентированная на психологические изменения, с использованием дыхательной техники, путем выдавливания проблемы и вдыхания более здорового состояния, а также четким визуальным представлением синего цвета, для более глубокого погружения и ощущения спокойствия, и внутренняя работа по поиску проблемной ситуации, ее рациональное рассмотрение и преодолению болезненного расстройства.

Основное направление в универсальной гипнотерапии, при лечении пациентов, перенесших стрессовое расстройство, заключается в приеме активного моделирования пациентом поведенческих алгоритмов (личностного структурирования, саморазвития, переживания, седации, засыпания и создания ритмизированной, повторяющейся сложно-семантической текстовой структуры, в которой осуществляется наложение разно модальных приемов сходного действия. Данный подход повышает итоговую результативность методики в целом. В дальнейшем не только изменяются поведенческие паттерны, но и происходит изменение отношения к ситуации.

В Республиканском психотерапевтическом центре были пролечены 40 пациентов с использованием данного метода. Работа проходила в индивидуальном режиме. Проводилось 15 сеансов, длительностью 15-20 минут, с интервалом 2-3 раза в неделю. До начала работы средний показатель СНИЛ составлял 58, 79 балла, что соответствовало среднему уровню тревожности. При повторном тестировании было получено 48,84 баллов, что соответствовало значительному снижению уровня тревоги. В последующем, у пациентов отмечалась редукция симптомов, которая проявлялась ростом активности и коммуникабельности, улучшением настроения и сна, исчезали страхи и тревожные воспоминания.

Предварительная работа с пациентом является важным условием для проведения универсальной гипнотерапии, где главной задачей является мотивационная подготовка, установление точного доверительного контакта и формирования зоны доверия. В последующем, после 7-8 сеанса наблюдалось желание обсудить со специалистом психотравмирующие обстоятельства, так как страх уже преодолён и это доказывает, что у пациента произошел переломный момент, и он начал распределять главные и второстепенные проблемы, модифицируя взгляды к произошедшему. По завершению психотерапевтической работы, пациенты отмечали, что сеансы для них представляли интерес, при этом

проблема перестала быть существенной, изменив в наилучшую сторону качество жизни за счет разделения особо важных и не значительных задач.

При повторном запросе обратной связи через 2 месяца, отмечалось, что приобретенные на сеансах установки помогли работать пациентам с дисфункциональными мыслями, а также сформировали альтернативные рациональные убеждения для постановки достижимых и конкретных целей.

Как заключение можно утвердить, что данный метод, является не только показательным, но и дает высокую эффективность результатов универсальной гипнотерапии, в психотерапевтической практике. Применение метода позволяет не только излечить пациента, а также и использовать его в качестве профилактических целей, для повышения контроля над нежелательными эмоциональными реакциями, в частности тревогой.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ И СУБЪЕКТИВНОГО СЧАСТЬЯ

Зайнуллина Ю.С., Ефремов И.С., Юлдашев В.Л., ФГБОУ ВО Минздрава России, г. Уфа.
yulia.zaynullina1999@gmail.com

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи уровня агрессивности, удовлетворенности жизнью и субъективного счастья. В исследовании использовались следующие психодиагностические методики: опросник уровня агрессивности Басса – Перри, шкала субъективного ощущения счастья и шкала удовлетворенности жизнью. Было выявлено, что субъективное счастье отрицательно коррелирует с враждебностью респондентов, а удовлетворенность жизнью отрицательно коррелирует с враждебностью, физической агрессией и гневом.

Ключевые слова: агрессия, удовлетворённость жизнью, субъективное счастье

Abstract. In the article, there are results of research of the level of aggressiveness, life satisfaction and a subjective feeling of happiness. The following psychodiagnostic methods were used in the study: Buss-Perry aggressiveness questionnaire, a scale of subjective happiness and a life satisfaction scale. It was revealed that subjective happiness negatively correlates with the hostility of respondents, and satisfaction with life negatively correlates with hostility, physical aggression and anger.

Key words: aggression, life satisfaction, subjective happiness

В современном мире общество все чаще сталкивается с проблемой проявлений внешней и внутренней агрессивности. Данное явление можно объяснить возрастанием конкуренции в условиях глобализации, противоречиями социальных стандартов, в связи с чем, зачастую, происходит изменение смысложизненных ориентаций, о чем свидетельствует трансляция различных поведенческих реакций.

Мы рассматриваем агрессивность, как поведение, при котором действия направлены на причинение вреда какому-либо объекту. Однако существует множество теорий, объясняющих феномен агрессивности. В теориях психоаналитиков агрессия выступает как механизм снижения нервного перенапряжения и является результатом непрерывного взаимодействия инстинктов [9] [5]. В. Райх, считал, что агрессивность возникает лишь в момент необходимости уничтожения объекта опасности, таким образом агрессия выступает как инструмент сохранения жизни [4]. Ф.С. Перлз описывает агрессивность как свойство личности, проявляющаяся в виде насильственного достижения собственных целей [7]. Однако в самых распространенных теориях происхождения агрессии часто фигурирует фрустрация, как основная причина явления. Теории фрустрации представлены в различных модификациях в работах: Л.Берковица, Э. Доннерштейна, С.Фешберка и многих других [11]. Согласно данным теориям, агрессия рассматривается как результат фрустрации, а мотивация к агрессивной реакции формируется в зависимости от степени возможного удовлетворения, силы препятствия к достижению цели и самого количества фрустраций [8].

На ряду с агрессией результатом фрустраций можно считать неудовлетворенность жизнью. Ведь удовлетворенность жизнью, есть субъективная оценка собственного благополучия, основанная на достижении поставленных целей, что вызывает положительные эмоции и субъективное ощущение счастья [10] [3] [12]. Очевидно, что агрессивность, носящая деструктивный характер, пагубно сказывается как на удовлетворенности жизнью, так и на качестве жизни человека, что может являться детерминантой различных нарушений. Данный аспект обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель исследования: выявить взаимосвязь уровня агрессивности, удовлетворенности жизнью и субъективного счастья.

Рабочая гипотеза. Предполагается, что люди с низкими показателями по шкалам агрессивности имеют высокие показатели по шкалам удовлетворенности жизнью и субъективного счастья. Это может быть связано с тем, что проявления агрессивности способствует дефицит положительных эмоций, сформированный на фоне общей неудовлетворенности жизнью.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи: выявить уровень агрессивности у респондентов; выявить уровень удовлетворенности жизнью и уровень субъективного ощущения счастья; выявить наличие и характер связи между данными показателями.

Материалы и методы. Для достижения цели были использованы следующие социально-психологические методики. Для определения уровня удовлетворенности жизнью и субъективного ощущения счастья, мы использовали шкалу субъективного счастья Любомирски (1999, адаптирована Леонтьевым в 2003г.) - экспресс-тест, измеряющий уровень субъективного благополучия испытуемого, а также шкалу удовлетворенности жизнью - краткий скрининговый самоопросник, предназначенный для массовых опросов респондентов о степени субъективной удовлетворенности их жизнью [1][6].

Для диагностики агрессивности респондентов был использован опросник уровня агрессивности Басса – Перри. На русском языке адаптирован и валидизирован в 2002-2004 годах С. Н. Ениколоповым, Н. П. Цибульским [2].

В исследовании приняли участие 183 респондента, среди которых 90% (164/183) женского пола и 10% (19/183) мужского пола. Средний возраст респондентов составил $21,2 \pm 3,46$ лет. Участники исследования предварительно были ознакомлены с целями и задачами исследования, сбор информации был проведен с использованием дистанционных технологий, что обеспечивает достоверность результатов и анонимность для участников.

Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами параметрического и непараметрического анализа ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. При анализе данных с применением корреляционного анализа по Спирмену получены следующие результаты: субъективное счастье отрицательно коррелирует со шкалой «враждебность» ($r = -0,281$; $p = 0,05$). Это объясняется тем, что чувство враждебности развивается на фоне переживания негативных эмоций, ощущения несправедливости, неудовлетворении желаний. Удовлетворенность жизнью отрицательно коррелирует со шкалами: «враждебность», «физическая агрессия» и «гнев». Можно предположить, что чувство общей неудовлетворенности жизнью провоцирует физиологическое возбуждение индивида при ощущении ущемленности и несправедливости, итогом которого становится выполнение им агрессивных действий.

Таким образом, выявлено, было что субъективное счастье отрицательно коррелирует с враждебностью респондентов, а удовлетворенность жизнью отрицательно коррелирует с враждебностью, физической агрессией и гневом, что подтверждает предложенную рабочую гипотезу. Результаты исследования носят предварительный характер.

Список литературы:

1. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семёнов Д.В. Некоторые психометрические показатели русскоязычного варианта Шкалы субъективного счастья С. Любомирски и Х. Леппер // Гуманитарные научные исследования. 2014. № 7.

2. Ениколопов С. Н., Цибульский Н. П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А.Басса и М.Перри//Психологический журнал. 2007. № 1. С. 115—124.
3. Куликов Л.В. Детерминанты удовлетворенности жизнью / Л.В. Куликов // Общество и политика /Ред. В.Ю. Большаков. СПб., Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2000. С. 476-510.
4. Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. М., 2010.
5. Лысак И.В. Философско-антропологический анализ деструктивной деятельности современного человека: дис. ... д-ра филос. наук. Ростов н/Д., 2007. С. 326.
6. Осин, Е.Н., Леонтьев, Д.А. (2008). Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия. В сб.:Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов/ М.: Институт социологии РАН, 2008.
7. Перлз Ф. С. Эго, голод и агрессия.- Изд-во Смысл, 2000.- 358с.
8. Сельченков К.В. Психология человеческой агрессивности: хрестоматия / М.: АСТ, 2005. – 653 с.
9. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия М., 1992. С. 188.
10. Шамянов Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов. – 2008. – 296 с.
11. Шипова Л.В. Психологический анализ феномена агрессии в теории фрустрации // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. №4. С. 283-285
12. Umberson D., Pudrovska T., Reczek C. Parenthood, childlessness, and well-being: A life course perspective. Journal of Marriage and Family. 2010, 72, 621-629.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА.

Зарудий А.Ф., Чезганова М.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ. г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

Невротическая депрессия у детей и подростков часто встречается в виде маскированной депрессии в структуре психосоматических расстройств. Особенностью проявлений депрессии у детей и подростков является ее массивная соматизация, которая характеризуется полиморфными вегетовисцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно - сосудистой, выделительной, эндокринной), нарушениями терморегуляции и алгическими проявлениями

Только у 10,7 % обследованных связанные с депрессивными вегетовисцеральные нарушения отмечались в одной системе, у 89,3 % больных они носили полисистемный характер. Вегетовисцеральные расстройства проявляется в виде психосоматических реакций - 14,9 %, в форме психосоматических состояний - 68,5 %, в виде психосоматических заболеваний - 16,6 %. Реакции чаще отмечаются в раннем детском возрасте; состояния - в последующем, заболевания - в старшем подростковом.

Причины возникновения депрессии у детей

У обследованных выделены следующие генетические факторы риска: психические нарушения у родственников - 18,7 %; психосоматические заболевания ближайших родственников - 45,5 %. Патологические личностные особенности установлены у 34,8 % отцов и 64,5 % матерей. Явления повышенной нервно-рефлекторной возбудимости на первом году жизни отмечались у 41,7 % обследованных. Акцентуированные черты характера выявлены у 99,6 % больных.

Церебрально - органическими факторами риска явились патология беременности 74,8 %, родов - в 35 % случаях, новорожденного - 30,6 %. Резидуально - органическая недостаточность ЦНС выявлена у 84,7 % обследованных, травма черепа, интоксикации, судорожные состояния - 30,9 %.

Из психосоциальных факторов риска часто отмечались следующие: патология воспитания 68 %, нарушение системы мать - дитя 64%, или наличие братьев и сестер как стрессогенный фактор 54,4 %, посещение детских учреждений - 34,4 %, а так же психоземotionalные перегрузки, конфликтные и неустойчивые отношения, смерть родителей или родственников, алкоголизм одного из родителей, тяжелые заболевания родителей.

Клинические проявления депрессии.

Депрессивные расстройства невротического уровня характеризуются подавленностью настроения и аффектом тоски (скука, уныние, грусть, печаль), астеническими проявлениями (усталость, вялость, утомляемость, раздражительность, настроенность на конфликт, повышенная чувствительность) и тревожными (внутреннее беспокойство, напряжение, тревога, страхи) проявлениями.

Кардиоинтервалографически у 68% больных установлено преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы, что указывает на наличие депрессии.

Наиболее часто у 90,9 % обследованных детей и подростков с психовегетативными нарушениями - отмечались слабо выраженные депрессивные состояния. Они выявлялись только при расспросе в жалобах на периодические незначительные снижения настроения со скукой - обычно к вечеру, с нежеланием что - либо делать, безразличием или раздражением в отношении окружающих.

Умеренные депрессии отмечались у 9,9 % больных. Эти состояния характеризовались плаксивостью, тревогой, вялостью, малой инициативностью,

физической слабостью, отрицательной оценкой происходящего, раздражительностью, конфликтностью на фоне тоски, которая в жалобах определялась ими как скука, грусть, безрадостность, подавленность. Пониженное настроение иногда сочетается двигательной заторможенностью.

Общие принципы лечения

1. Симптоматическое лечение

2. Особое место в лечении невротической депрессии у детей и подростков занимает психотерапия.

В младшем, дошкольном и младшем школьном возрастах (до девяти лет) проводится семейная психотерапия, целью которой является ориентировка родителей и прародителей в вопросах воспитания, играющего значительную роль в формировании завышенного уровня притязаний и, как следствие этого, в возникновении эмоциональных и психосоматических нарушений.

Больным до десяти лет частично применяется рациональная психотерапия с элементами суггестии, а с пубертатного возраста индивидуальная рациональная психотерапия используется в полном объеме.

3. Психотерапия - применение антидепрессантов, учитывая качественные особенности и генез депрессивных расстройств основного фактора патогенеза, возраста больных, а также другие факторы риска, особенно церебрально - органические.

4. Фитопрепараты - ново-пассит в состав которого входят обладающие успокаивающим действием валериана, пассифлора, боярышник, хмель, черная бузина и растения с антидепрессивным эффектом - мелисса и зверобой.

Одной из современных технологий реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями является использование метода биологической обратной связи.

По данным официальной статистики Российской Федерации среди детей, состоящих на диспансерном учете в 69,5 % случаев выявляются непсихотические психические расстройства. По данным анализа посещаемости детей консультативно-диагностической поликлиники Республиканской детской клинической больницы удельный вес детей с непсихотическими психическими расстройствами в 2003 г. по сравнению с 2002 г. вырос на 3%, а детей с нарушениями психологического развития - в 3 раза. Заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами за этот период выросла на 8,6 %.

В структуре психосоматических расстройств особенно часто встречается депрессия невротического уровня, которая характеризуется массивными вегетовисцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной), нарушениях терморегуляции и алгическими проявлениями. У всех больных выявляется подавленное настроение, скука, уныние, грусть, печаль, усталость, вялость, утомляемость, раздражительность, настроенность на конфликт, внутреннее беспокойство, напряжение, тревога, страхи. Такие дети находятся на стационарном лечении длительное время в отделениях трансплантации, гемодиализа, эндокринологии, аллергологии (лечение бронхиальной астмы), нефрологии, кардиоревматологии, нейрохирургии, гастроэнтерологии (язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта, цирроз печени), гнойной хирургии и др.

Лечение таких больных проводится комплексно, включая терапию соматической патологии. Особое место в лечении соматизированной депрессии у детей занимает психотерапия семьи, индивидуальная, групповая психотерапия.

Учитывая современные научные достижения в области медицины в плане реабилитации хронических больных, используемые методы лечения недостаточны.

В ведущих детских лечебно-профилактических учреждениях РФ внедрены компьютерные нейротренинговые программы с игровым компонентом. Внедрение этих программ в практику лечения больных дают возможность отследить нейрофизиологические процессы в головном мозге больного ребенка и получить результаты игровых тренингов на мониторе в виде записи энцефалограммы (биологическая обратная связь) и проводить адекватную психотерапию. Внедрение указанной технологии будет способствовать сокращению срока пребывания больного в стационаре, экономии медикаментов и сокращению сроков реабилитации больного.

Организация компьютерного класса предполагает его использование также для обучения педиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, медсестер ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ и других ЛПУ республики.

Эффективность терапии необходимо оценивать как в психическом (редукция аффективной и другой психопатологической симптоматики) аспекте, так и в соматическом (с учетом динамики психосоматических нарушений в других органах и системах).

В результате патогенетически направленной терапии положительная динамика отмечается уже в первую неделю

Достижение значительного терапевтического результата в течение одной - двух недель подчеркивает ведущую роль невротической депрессии в патогенезе различных психосоматических расстройств у детей и подростков.

Таким образом, выявляемая в общей педиатрической практике невротическая депрессия у детей и подростков является психогенной, в основном слабо (реже - умеренно) выраженной депрессией с обязательным соматовегетативным оформлением.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА УРАЛ-БАТЫР

Калимуллин Р. Г., Центр «Верное Решение», г.Уфа, vernoereshenie@mail.ru

Ценности здоровья и долголетия в эпосе «Урал-Батыр»

Здоровье является непреходящей ценностью многих народов мира. Здоровье важно практически для каждого человека. Здоровое долголетие – мечта многих людей.

Ценности здоровья и долголетия остаются в центре внимания на протяжении всего сюжета башкирского народного эпоса «Урал-батыр».

В эпосе мы встречаем персонажей, имеющих самое непосредственное отношение к здоровью тела и души: Йән Бирзе (Вдохнувший Душу) и Йән Бикә (Душа Жизни). Йән Бирзе и Йән Бикә не знают болезней. Долгожители, сохранившие репродуктивную функцию, родители Шульгена и Урала.

Ресурсные образы эпоса Урал-Батыр: Йән Бирзе - Йән Бикә



«...Ауырыу-һызлау күрмәгән, Үлем барын белмәгән...»

«...Не знают Йанбирде и Йанбике болезней, не пристаёт к ним недуг, а любая рана тут же заживает, словно ее и не было...»

Таким образом, уже в первой части эпоса мы прикасаемся к таким ценностям, как здоровье и долголетие. Если пойти по сюжету, мы часто будем возвращаться этой теме через метафорическое описание факторов здоровья и долгой жизни.

Во-первых, это экологический, биологический фактор здоровья и долголетия (родник Здоровья Йән Шишмә). Действительно, на наше здоровье влияет то, что мы пьем, что едим, чем дышим, уровень радиации, вибрации, шума и другие внешние факторы.

Мы можем управлять своим здоровьем и долголетием через здоровый образ жизни, правильное питание, двигательную активность. Это Wellness БИО-фактор.

Во вторых, это социально-психологический фактор здоровья и долголетия, метафорическое сравнение двух стариков-братьев из страны Самрау (страна Солнца). Старший брат, который делал Добро, выглядит молодым (ресурсный образ

“Йәш Карт”). Младший брат, творивший Зло, очень быстро состарился... Может быть Добро (Якшылык) и есть регулятор молодости и долголетия? Это Wellness ПСИ-фактор.

Здоровье в эпосе «Урал-Батыр» из терминальной ценности трансформируется в инструментальную (жизнь и здоровье нужны для того, чтобы делать добро).

По нашему мнению, ключ к установлению контакта и достижению психотерапевтического альянса с жителями районов, сел и деревень лежит через изучение и применение этнотерапевтических практик, работу с ценностями и образами эпоса «Урал-Батыр». Они знакомы, понятны и легко принимаются как на психологическом, так, возможно, и на генетическом уровне.

Некоторые этнотерапевтические практики сохранились, передаются из поколения в поколение, некоторые были утеряны и их следы нужно искать в фольклоре. Либо создавать самим, выбирая то, что действительно работает и дает результат.

На сегодняшний день можно образно выделить 2 крыла башкирской этнотерапии. Одно крыло представлено фольклором, а другое крыло - древними целительными практиками.

Если крыло фольклора является сохранным и ему ничего не угрожает, то крыло целительства под угрозой исчезновения. Знахарей, целителей, носителей информации, которые на самом деле владеют этнотерапевтическими практиками, и так стало очень мало в советский период, а сейчас их становится все меньше и меньше. Возникает как проблема преемственности ценных знаний и навыков, так и качества этнотерапии.

Башкирский фольклор представляет собой богатейший материал для психологической и психотерапевтической работы. Это и башкирская певческая культура, которая представлена различными формами вокальной арт-терапии (озон көй, өзләү, горловое пение и другие). Это и башкирский танец, который стал источником некоторых элементов для разработки креативно-двигательной терапии.

Настоящей сокровищницей ресурсных образов и глубинных смыслов является эпос «Урал-Батыр».

Эпос «Урал-Батыр» является целостным интегративным ресурсом, отражающим единство БИО-ПСИХО-СОЦИО и ДУХОВНОЙ парадигмы. Это целостный продукт культуры, который создавался народом, когда еще не было психологических школ и психотерапевтических модальностей.

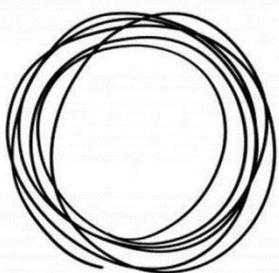
Интегративная креативно-двигательная оздоровительная практика «УРАУ» - синтез древней этнотерапии с новейшими достижениями психологии и психотерапии.

Жизнь течет и развивается... На основе эпоса создаются этнотерапевтические оздоровительные практики, техники стресс-менеджмента, методы исцеления души (психотерапия) и тела, полезные техники массажа и лечебной физкультуры (ЛФК).

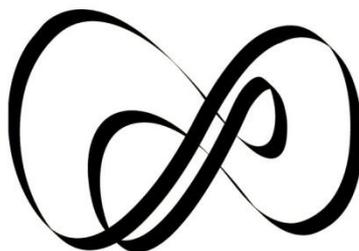
На основе синтеза древнебашкирских оздоровительных практик, эпоса «Урал-батыр» и достижений современной психологии и психотерапии разрабатывается интегративная оздоровительная практика «УРАУ» (круг, виток, вращение, гармония, спираль, бесконечность).

Базовые движения УРАУ и основаны на круговых, вращательных, обертывающих, спиралевидных, бесконечность-образных движениях, символизирующих целостность психики, ее способность к восстановлению после стрессов и кризисов, а также устойчивое стремление к развитию.

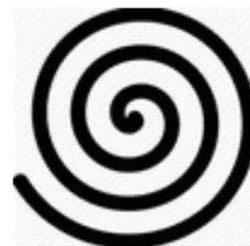
Базовые циклические движения “УРАУ”



Круг-
Целостность



Бесконечность
-Восстановление



Спираль -
Развитие

Наряду с базовыми движениями предлагаются и базовые ресурсные образы, заимствованные из эпоса «Урал-Батыр». Для мужчин это Янбирде – здоровое мужское начало, для женщин – Янбика – здоровое женское начало.

Йанбирде и Йанбике - это мощные целительные образы для аутосуггестии при выполнении любых оздоровительных практик, ЛФК, производственной гимнастики. У данных упражнений, как и у упражнений Цигун, как минимум 3 смысла:

1. Лечебная физкультура
2. Гармонизация энергии (круг – символ гармонии и бесконечности циклов)
3. Генерация внутренних исцеляющих образов (активация мощных ресурсных образов)

Можно представлять, как при выполнении циклических упражнений «Урау» запускается цикл деления клеток, которые обновляют и омолаживают организм. Или визуализировать, как восстанавливаются нервные клетки.

Далее мы начинаем работать с другими ресурсными образами из эпоса «Урал-Батыр». Это лев, кречет и щука, которые по сюжету помогают охотиться супругам Янбирде и Янбика на суше, в небе и под водой.

Образ Льва помогает осуществить заземление, символизирует спокойствие, уверенность и внутреннюю силу. Этот образ проактивного «созидателя жизни», устремленного к цели.

Образ Кречета символизирует свободу и позволяет расширить пространство внутренней свободы. Взмахи руками с подключением глубокого дыхания и парение включают тело и освобождают разум от внутренних ограничений.

Образ Щуки символизирует гибкость, развивает адаптивность в новых условиях. Это гибкий ум, позволяющий и другим людям быть иногда гибкими. А это уже ключ к принятию других.

Таким образом, эпос «Урал-Батыр» обладает большим психотерапевтическим потенциалом.

АГРЕССИВНОСТЬ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА, РЕГУЛЯРНО ПРОСМАТРИВАЮЩИХ МАТЕРИАЛЫ ПОРНОГРАФИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

Камалов В.Р., Ефремов И.С., Ржанова С.О., Исламова Э.Д., Юлдашев В.Л.
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии с курсом
ИДПО, г. Уфа, efremovilya102@gmail.com

Аннотация: В данной статье приводятся результаты исследования агрессивности у лиц женского пола, регулярно просматривающих материалы порнографического характера. Был использован опросник уровня агрессивности Басса-Перри. Выявлено, что лица просматривающие порнографию менее счастливы и имеют более высокий показатель физической агрессии.

The summary in English: This article presents the results of a study of aggressiveness in females who regularly view pornographic material. The Bass-Perry aggressiveness questionnaire was used. It is revealed that individuals viewing pornography are less happy and have a higher rate of physical aggression.

Ключевые слова: порнография, агрессивность, лица женского пола.

Key words: pornography, aggressiveness, females.

Актуальность. В современном обществе просмотр порнографии стал вещью обыденной и тривиальной. Доступность и распространенность материалов порнографического характера заставляет задаться вопросом о возможных последствиях для психического здоровья пользователя. Несмотря на наличие в научной литературе статей на данную тему, в России недостаточно изучено данное явление среди лиц женского пола. Так же в обществе до сих пор бытует мнение, что женщины меньше просматривают порнографию. Порнографией можно назвать изображение, или словесное описание полового акта с сознательной фиксацией на половых органах участников процесса [5]. Так же ряд исследователей говорят о связи порнографии с различными патопсихологическими чертами личности и рискованным поведением. В исследовании 16-летних шведских девочек-подростков были получены такие результаты, что подростки регулярно просматривающие порнографии: имели фантазии скопировать увиденное, имели ранний сексуальный опыт, практиковали рискованное сексуальное поведение и больше употребляли алкоголь и сигареты, чем их сверстницы, не злоупотреблявшие порнографией [8]. Также авторы обнаруживают связь с нарциссизмом [6], компульсивностью, склонности к беспорядочным половым связям, табакокурением, употреблением алкоголя [9] и употреблением марихуаны [7]. Мы предположили, что у лиц, регулярно просматривающих материалы порнографического характера, могут быть более высокие показатели агрессивности.

В своей работе мы придерживались определения агрессивности, данного Альбертом Налчаджяном, «агрессивность – это черта характера личности с определенной устойчивой позицией, готовностью совершить агрессивные действия» [3]. Под компонентами агрессивности мы понимаем физическую агрессию – как инструментальный компонент, – гнев – как аффективный компонент: физиологическое возбуждение и подготовка к агрессии, – и враждебность – когнитивный компонент, базирующийся на переживании чувства несправедливости [2]. Агрессивность мы рассматриваем, как определенное свойство личности. От него следует отличать понятие агрессия – определенное действие, причиняющее ущерб другому объекту [4]. Некоторые авторы считают, что, если человеку свойственна агрессивность, то ему свойственна и готовность к агрессивным действиям в различных ситуациях [1].

Цель работы – выявить уровень компонентов агрессивности, у лиц женского пола, регулярно просматривающих материалы порнографического характера.

Материалы и методы. Для определения компонентов агрессивности респондентов мы использовали опросник уровня агрессивности Басса – Перри. На русском языке адаптирован и валидизирован в 2002-2004 годах С. Н. Ениколоповым, Н. П. Цибульским [2]. Также респондентам были заданы ряд вопросов касающихся частоты и цели просмотра материалов порнографического содержания. Все испытуемые предварительно были ознакомлены с целями и задачами исследования, сбор информации был проведен с использованием дистанционных технологий, что обеспечивает достоверность результатов и анонимность для участников.

В исследовании приняли участие 423 респондентки. После анализа результатов по шкалам лжи и достоверности многофакторного опросника в выборку были включены 334 респондентки, средний возраст которых составил $21,06 \pm 3,51$ лет. На основании частоты просмотра порнографических материалов было сформировано две группы. В исследуемую группу вошли 170 лиц женского пола, часто пользующихся материалами порнографического содержания (чаще, чем раз несколько раз в месяц). В контрольную группу вошли 164 респондентки, а также лица женского пола, редко пользующихся материалами порнографического содержания (реже, чем несколько раз в месяц). Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами параметрического и непараметрического анализа ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Для сравнения групп использовался U критерий Манна-Уитни. Выбор непараметрического критерия обусловлен распределением величин в выборе отличным от нормального.

При анализе данных, полученных с применением опросника уровня агрессивности Басса – Перри было выявлено, что у лиц женского пола, часто пользующихся материалами порнографического содержания, более выражены показатель по шкале «физическая агрессия» ($p=0,02$). Выраженность проявления данного показателя предположительно указывает на склонность лиц исследуемой группы к проявлению физической агрессии. При этом нельзя утверждать, что потребность повышенный показатель физической агрессии приводит к просмотру частому порнографии или агрессивность является причиной предрасполагающей к частому просмотру сексуально откровенных материалов. При применении корреляционного анализа по Спирмену было выявлено, что частота просмотра порнографических материалов имеет положительную корреляционную связь со шкалой физической агрессии методики Басса-Перри ($r=0,11$; $p=0,039$).

Заключение. По результатам проведенной работы, можно сделать следующие выводы. Выявлено, что лица женского пола, часто просматривающие материалы порнографического содержания имеют более высокий уровень физической агрессии. Полученные данные носят предварительный характер. Тема требует более тщательного и глубокого изучения.

Список литературы:

1. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2001. – С. 44
2. Ениколопов С. Н., Цибульский Н. П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А.Басса и М.Перри//Психологический журнал. 2007. № 1. С. 115—124.
3. Налчаджян А. Агрессивность человека. – СПб.: Питер, 2007. – С. 24
4. Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности // Психологический журнал. – 1996. – №5. С. 3-18

5. Сексopatология: Справочник/ Васильченко Г. С., Агаркова С. Т. и др. ; под редакцией Г. С.Васильченко.- Медицина, 1990.- 576с.
6. Narcissism and Internet pornography use./ Kasper TE, Short MB, Milam AC. J Sex Marital Ther. 2015;41(5):481-6. doi: 10.1080/0092623X.2014.931313. Epub 2014 Sep 10
7. Perceptions of relationship satisfaction and addictive behavior: Comparing pornography and marijuana use./ Pyle TM, Bridges AJ. J Behav Addict. 2012 Dec;1(4):171-9. doi: 10.1556/JBA.1.2012.007
8. Pornography consumption among adolescent girls in Sweden./ Mattebo M, Tydén T, Häggström-Nordin E, Nilsson KW, Larsson M. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016 Aug;21(4):295-302. doi: 10.1080/13625187.2016.1186268. Epub 2016 May 24.
9. The influence of pornography on sexual scripts and hooking up among emerging adults in college./ Braithwaite SR, Coulson G, Keddington K, Fincham FD. Arch Sex Behav. 2015 Jan;44(1):111-23. doi: 10.1007/s10508-014-0351-x. Epub 2014 Sep 20.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

Клих Т.Ю., ГУАЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, tanyareb24@yandex.ru

Среди медико - социальных проблем наиболее значима проблема суицида. Показатель смертности от самоубийств - это показатель социального уровня, экономической и политической ситуации в обществе.

Республика Башкортостан занимает одно из лидирующих мест в «рейтинге суицидов» (795 случай за 12 месяцев 2018 года). Данная ситуация диктует специалистам психотерапевтической службы Республики усилить диагностику и раннее выявление лиц склонных к суицидальному поведению. Для этого проводятся:

-регулярные тестирования детей на предмет эмоционального состояния, для выявления группы риска, с последующей консультацией и стационарном лечении в психотерапевтической службе;

-выезды бригад, в составе врачей-психиатров/психотерапевтов и психологов, после завершения суицида, для предотвращения эффекта Вертера, и оказания психологической помощи микросоциуму суицидента;

-консультирую детей и подростков после суицидальной попытки, с возможностью их дальнейшего лечения в условиях стационара;

-регулярное посещения школьных родительских собраний, с целью информирования родителей и учителей о суицидальных маркерах, и дальнейшей тактике действий при их обнаружении.

Вследствие этой работы, за I квартал 2019 года, в Отделении патологии речи и психотерапевтической реабилитации детей и подростков ГУАЗ РКПЦ МЗ РБ (ОПР и ПТР детей и подростков) врачами-психиатрами и врачами –психотерапевтами были проконсультированы 138 подростков с суицидальными тенденциями, проведено 39 выездных работ. Большая часть детей, а это 76%, оказались жители столицы РБ - г. Уфы. Распределение по возрастам получилось следующим образом: 11 и 12 лет по 6%; 13 лет-9%; 14 лет основная категория- 38%; 15 лет -16%; 16 лет- 11% и 17 лет-16%. Значительной части обследуемых (81%) было предложено заполнить «Шкалу тревоги и депрессии», по результатам которой у 88% имелись расстройства тревожного ряда и депрессивные расстройства у 73%. У 119 обследуемых детей были обнаружены расстройства адаптации (86%).

Стоит отметить, что за аналогичный период 2018 года было принято 105 детей, процентное соотношение по половой принадлежности имеет незначительное различие (девочек 81%, а мальчиков 19%). Жителей города Уфы было 85 человек, что составило 81%. Выездных работ было проведено 22.

Таким образом, видно, что выросло количество детей с суицидальными тенденциями (Рис.1).



Рис.1

Среди подростков склонных к суицидальному поведению преобладает число девочек 110 человек (80%). (Рис.2)

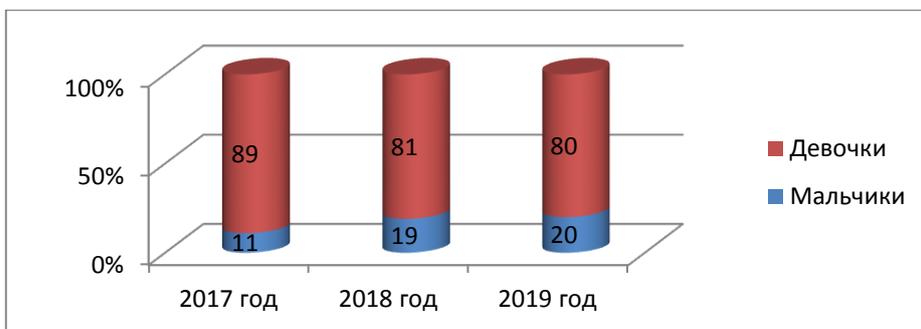


Рис.2

Так же было обнаружено, что значительной части обследуемых детей был выставлен диагноз. По нозологии выявлено следующее соотношение (Рис.3): основная масса детей имеет расстройства адаптации (F43.2 - 120 детей), 4 ребенка имели тревожные расстройства (F41, F93), у 2 детей выявлено органическое поражение головного мозга, у одного подростка была диагностирована депрессия, 2 ребенка имели расстройства поведения (F91), у 2 детей была острая реакция на стресс (утрата значимого близкого), 5 детей страдали смешанными расстройствами эмоций и поведения (F92), и лишь у 2 детей на момент осмотра не было обнаружено данных за какое-либо психическое расстройство.



Рис.3

Из этого можно сделать вывод, что в суицидальном поведении подростков играет важную роль расстройство адаптации. Эти дети более подвержены стрессу, при этом они имеют меньше ресурсов противостоять этому давлению. В жалобах

таких подростков часто присутствуют конфликтные отношения в кругу сверстников, у них мало друзей, отмечается непринятие их социальнозначимой средой. В некоторых случаях имеются нарушения в дето-родительских отношениях: нет доверительной среды в семье, завышенные требования родителей к личности ребенка, дистанцирование родителя и многое другое. В этих случаях дети часто начинают искать теплоту и поддержку «на стороне», и прибегают к самому доступному – интернету. Социальные сети предлагают им поддельную любовь, заботу, внимание. Ребенок отрывается от реального мира. Что еще более усугубляет снижение адаптивных возможностей.

Различную помощь условия РКПЦ получали 123 ребенка, из них в стационар было направлено 78 детей, остальные получали амбулаторную психотерапевтическую помощь. В связи с тяжестью их состояния, 9 человек были направлены в психиатрическую службу, 2 - к наркологу, 1 ребенок был госпитализирован в соматическое отделение (острая интоксикация лекарственными средствами). Психокоррекционную помощь 4 ребенка получали по месту жительства. (Рис.4)

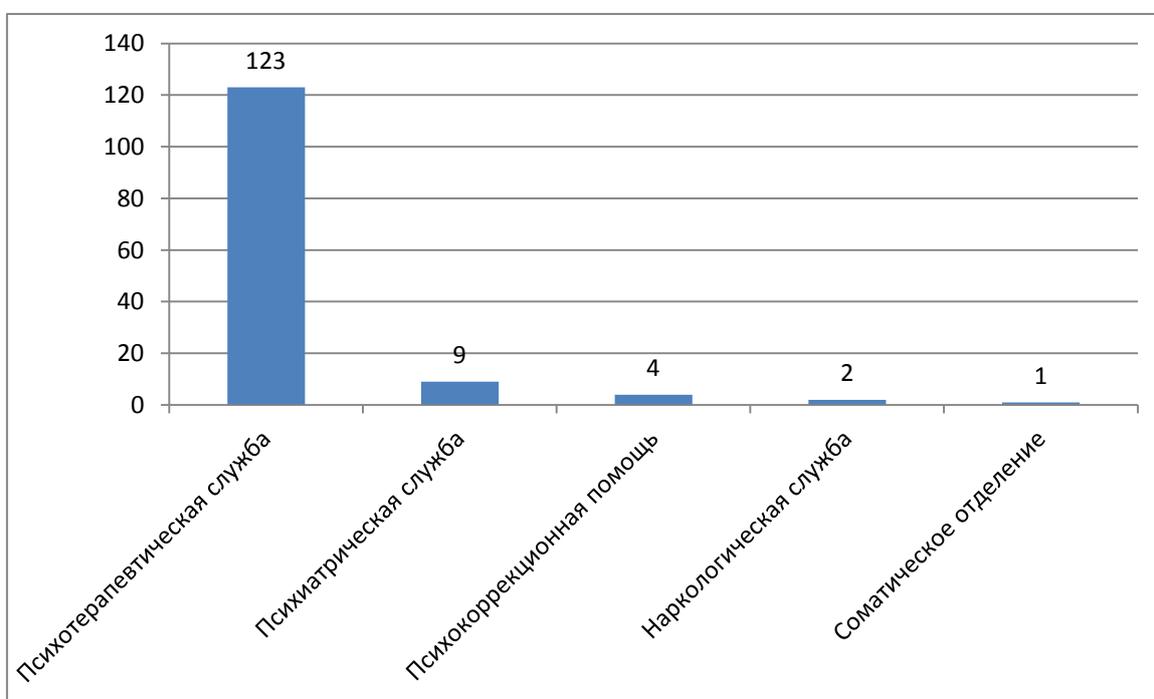


Рис.4

Из выше сказанного можно сделать выводы:

- усилилась работа по профилактики суицидального поведения в Республике, за счет чего выросло количество пациентов с суицидальными тенденциями;
- жители столицы преобладают среди общего числа пациентов;
- весомое значение в суицидальном поведении играют расстройства адаптации, явления тревожного и депрессивного ряда; и девочки оказались больше этому подвержены, чем мальчики.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ НА РАННИХ ЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВАХ. ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.

Косолапова А.О., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, bao-bao@mail.ru

В практике врача психотерапевта часто имеются трудности в дифференциальной диагностике между невротоподобной симптоматикой при чисто невротических состояниях и начальных проявлениях невротоподобной шизофрении. Трудность заключается в том, что в начале дебюта шизофрении нет еще специфических симптомов для нее, главные три кита, которые будут «распадаться» при шизофрении, еще не страдают. На первых этапах еще не бросается в глаза эмоциональная обедненность и холодность, они могут очень эмоционально рассказывать о своих болезненных переживаниях, еще проявлять теплые чувства к родным, которые в последующем утратятся. В начале волевой компонент сохранен, - пациенты учатся или работают, общаются с друзьями, хотя, возможно, уже не так активно, как раньше, но стороннему наблюдателю не заметить незначительную утрату социальной активности. В мышлении на тот момент могут присутствовать лишь единичные соскальзывания. Поэтому придется быть очень внимательным к малейшим деталям, и тщательно собирать анамнез. Первым тревожным звоночком для врача должно послужить наличие в наследственности родственника, страдающего эндогенным психическим заболеванием. Конечно, это не дает нам право склоняться к шизофрении, но наталкивает на необходимость быть настороженным в этом плане. Очень важно узнать у родителей о детстве пациента, о преморбиде, увлечениях, друзьях. Часто звучит: «он идеальный, домашний ребенок», далее могут перечисляться его заслуги и неординарные способности. Так же в анамнезе может присутствовать так называемый продромальный период, предшествующий дебюту яркой невротоподобной симптоматике. Есть данные о том, что пациент одно время часто жаловался на головные боли, слабость, усталость, залеживался в постели, отказывался посещать занятия в учебном учреждении. Обращался к врачам узких специальностей, чаще неврологу, серьезной патологии диагностировано, как правило, не было, выставлялся диагноз «Вегето - сосудистая дистония» или «Резидуальная энцефалопатия». Получал лечение, но эффекта не наблюдалось. Затем состояние самостоятельно улучшалось, пациент вновь приобретал социальную активность, и этот период благополучно забывался. А следующим этапом происходит, так называемый, дебют – он может быть как параноидный, так и невротоподобный, может начинаться с обсессивно – компульсивной, дисморфоманической или ипохондрической симптоматики. Пациенты обращаются в начале к психотерапевту или даже к психологу. И вот тут важно не пропустить дебют шизофрении, правильно поставленный диагноз – это уже 50% успешного лечения.

Рассмотрим ниже дифференциальные критерии при невротоподобной шизофрении с навязчивостью и обсессивно - компульсивном расстройстве. При шизофрении это будут бессодержательные мысли, абстрактные системы, счет или яркие зрительные представления. Фобии отличаются тем, что постепенно утрачивается эмоциональный компонент: о страхах говорят без волнения. Могут быть особо нелепые жалобы (боязнь отдельных букв, слогов, цветов). Часто фобии в последующем ложатся в основу бреда заражения или загрязнения, причем может проследиваться некая амбивалентность, амбитендентность, мыть руки по сотню раз в день, тратя по куску мыла за раз, но при этом не менять грязную одежду. Шизофрения постепенно обрастает сложными ритуалами, в процессе которых забывается выполнение элементарных гигиенических процедур. Так же

отличительной чертой может являться то, что в процесс своих ритуалов пациенты больные шизофренией подключают родных, близких людей, не стесняются посторонних при их выполнении. И главное могут присутствовать другие психические расстройства, такие, как идеи отношения, приступы выраженной малообоснованной тревоги, деперсонализация, ипохондрические жалобы. В отличие от обсессивно - компульсивного расстройства, где обычно присутствуют симптомы невротической депрессии, эти фобии всегда эмоционально насыщены. Свои обсессивно - компульсивные действия пациенты страдающие неврозом скрывают от посторонних или даже сдерживаются на людях, стремятся к общению с людьми, но испытывают сложность из-за постоянных obsessions и необходимости совершать ритуалы. Поэтому социальная активность тоже может быть снижена, но стоит убрать симптомы заболевания, как исчезнет социальная дезадаптация.

Клинический случай: пациенту 22 года на момент манифестации шизофрении. АНАМНЕЗ: Наследственность отягощена по отцовской линии - тетьа деда лечилась в психиатрической больнице. Дед по материнской линии злоупотреблял алкоголем. Беременность у матери протекала на фоне анемии. Роды в срок, без патологии. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно. До 9 класса учился удовлетворительно, затем успеваемость снизилась, изъявлял желание бросить школу. Окончил 11 классов по настоянию родителей. Поступил в УГАТУ, находится в академическом отпуске. Проживает с родителями. Женат не был, детей не имеет. В армии не служил, комиссован по сколиозу III степени. Из перенесенных заболеваний: гастрит, гастродуоденит, рефлюкс - эзофагит, простудные, пищевое отравление в 13 лет. Другие заболевания и аллергии – отрицаются. Вредных привычек нет.

С детства был малообщительным ребёнком, со слов родителей был «белой вороной». Много времени проводил в одиночестве, либо за компьютерными играми, но, несмотря на это, социальные связи поддерживал, были друзья по интересам. Отличался чрезмерной брезгливостью. В 13 лет отравился пищей, обратились к гастроэнтерологу, который в числе прочего заметил, что «нужно мыть руки перед едой», после чего брезгливость усилилась: появилось отвращение к еде, ел мало, избирательно, соблюдал вегетарианскую диету. Много времени стал уделять личной гигиене, мыл руки и полость рта особыми, понятными лишь ему способами, многократно перемывал всю посуду. В поле зрения психиатров попал в 2013 г. ввиду наличия навязчивых действий, ритуалов, сомнения по поводу заражения каким-то заболеванием. Получал лечение. Состояние ухудшилось в августе 2014, когда пациент стал раздражительным, неопрятным, перестал употреблять в пищу мясо, рыбу, снизился аппетит, возобновились навязчивые мысли и действия. Не посещал занятия в университете, не общался со сверстниками, не выходил на улицу, много времени проводил за компьютером. Появилась аутоагрессия - царапал своё лицо, бил себя по голове и груди, высказывал суицидальные мысли, заявлял, что «лучше в смерти обрести свободу, освободиться от своих проблем», изъявлял желание сброситься с 6-ого этажа. При поступлении в стационар при осмотре: В ясном сознании. Ориентирован полностью, правильно. Контакт доступен формально. Внешне эмоционально монотонен, тревожен. Покачивает ногой. Полностью своих переживаний не раскрывает, сомневается в необходимости лечения, находит отговорки, чтобы отказаться от лечения. Но при этом поясняет, что пришел на лечение, так как появились суицидальные мысли. Со слов: «стало невыносимо, появилась безысходность». Подтверждает наличие аутоагрессии, но при этом поясняет, что это, в основном, происходит во время игр за компьютером: «Не терплю поражения в играх». Рассказывает о своих страхах по поводу «невидимой туалетной грязи», которой боится заразиться, о конфликтах в семье из-за того, что

он требует соблюдения особых гигиенических условий. Сам диагностирует у себя депрессию, которую объясняет своим угнетенным состоянием, нежеланием взаимодействовать с другими людьми.

Мышление с элементами соскальзывания. Фон настроения преимущественно снижен, неустойчив, раздражителен. Суицидальные мысли на момент осмотра не высказывает. Критика к своему состоянию формальная. В итоге на третий день был выписан в связи с отказом от лечения. Через полгода поступил повторно в связи с ухудшением состояния. Усилились ритуалы, страхи, перестал мыться, снимать одежду. Проявлял аутоагрессию, часто высказывает мысли о самоубийстве. В клинической картине заболевания обнаруживались сензитивные идеи отношения, наплывы насильственных мыслей, эмоционально - волевое снижение. Был консультирован доцентом кафедры психиатрии выписан с диагнозом: F21.3 «Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения». После выписки посещал дневной стационар, принимал поддерживающее лечение. Пытался жить отдельно от родителей, просил, чтобы ему снимали квартиру. Родители обеспечивали его продуктами, выполнял элементарные бытовые обязанности, готовил еду себе самостоятельно, убирался самостоятельно. Больше полутора месяцев отдельно жить не смог, перестал убираться, готовить. В феврале 2018г. амбулаторно представлен на МСЭ, определена 3 группа инвалидности по психиатрии.

Таким образом видно, что уже с первых проявлений болезни обсессивно - компульсивный синдром отличался вычурностью, нелогичностью, ритуалы усложнялись, социальная дезадаптация усиливалась, проявлялись другие психические симптомы, такие, как бред заражения, аутоагрессия, что дало право уже в первую госпитализацию думать о неврозоподобной шизофрении.

До сих пор остается наиболее сложной задачей диагностирования шизофрении на ранних ее этапах. В виду чего большая масса этих пациентов находится на лечении у психологов или в амбулаторном звене врачей других специальностей. С целью своевременного начала лечения данной патологии необходимо увеличить осведомленность психологов и врачей - интернистов о первых признаках болезней шизофренического спектра .

Список литературы:

1. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. - Медицина, 1989 г. 76 с.
2. Авруцкий Г. Я., Недува. А. Лечение психически больных.— М.: Медицина, 1981, 496 с.
3. Барзах Е. Н. Юношеская астеническая несостоятельность и предболезнь.— Вкн.: Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л., 1986, с. 50—56.
4. Башина В. М. Катамнез больных ранней детской шизофренией (неблагоприятного варианта).— Журн. невропатол. И психиатр., 1986, в. 10, с. 1522—1527.
5. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. Особенности клиники и течения.— М.: Медицина, 1971, 128 с.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ РКПЦ МЗ РБ

Куликова Н.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doktorrb.ru

В январе 2019 года на улице Рихарда Зорге 73/3 города Уфа открылся новый корпус РКПЦ, включающий в себя 3 круглосуточных стационарных отделения, отделение дневного стационара и амбулаторное клиничко-диагностическое отделение. Один из этажей здания занимает психотерапевтическое отделение аффективных расстройств, на 30 коек.

Психотерапевтическое отделение является структурным подразделением больницы и предназначено для оказания стационарной психотерапевтической и психологической помощи лицам с кризисными и аффективными нарушениями, состояние которых требует круглосуточного наблюдения и лечения.

Задачами стационарного отделения аффективных расстройств являются:

1. Стационарная лечебно-диагностическая помощь лицам с психическими расстройствами, расстройствами адаптации, нуждающимися в психотерапевтической и психологической помощи.

2. Решение вопросов диагностики психических расстройств, лечения, ухода и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами.

3. Диагностика и лечение острых психических расстройств, состояний декомпенсации психических расстройств с использованием современных медикаментозных и психотерапевтических методик - симптомо-, личностно- и социоцентрированной направленности, в том числе, индивидуальной, семейной и групповой формах.

4. Внедрение в клиническую практику новых методов профилактики, диагностики и лечения психических расстройств на основе последних достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта в области психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

В отделение аффективных расстройств принимаются:

- психотерапевтические пациенты, нуждающиеся в активном лечении, состояние которых требует обязательной госпитализации.

- психотерапевтические пациенты, нуждающиеся в коррекции поддерживающей терапии, требующие ежедневного наблюдения врача.

- пациенты с декомпенсацией в рамках пограничных состояний, с отдаленными последствиями черепно-мозговых травм, с перенесенными в прошлом нейроинфекцию, с психосоматическими заболеваниями.

Не подлежат приему в отделение аффективных расстройств:

- психически больные, представляющие непосредственную опасность для себя и для окружающих;

- лица, страдающие тяжелыми соматическими, инфекционными, венерическими заболеваниями, требующими специального лечения.

- лица в остром периоде черепно-мозговой травмы.

- больные, страдающие эпилепсией.

- больные психопатиями с асоциальным поведением.

Порядок поступления, выписки и лечения психотерапевтических больных:

1. Работа данного стационарного отделения проводится в тесном контакте с амбулаторно-диагностической службой Республиканского клинического психотерапевтического центра, а также с психотерапевтическими кабинетами

общесоматических поликлиник и стационарными психотерапевтическими отделениями.

2. Отбор больных производится врачом клинко-диагностического отделения РКПЦ, после необходимого медицинского обследования и оформления направления, в котором отражаются анамнестические сведения, диагноз и причины направления.

3. Вопрос о приеме больных на лечение решает заведующий отделением. В спорных случаях, возникающих при приеме больного, окончательное решение принадлежит главному врачу (заместителю главного врача).

4. При поступлении в стационарное отделение на каждого пациента заводится «Карта стационарного больного» (ф.003/у), в которой ежедневно фиксируется его состояние.

5. Лекарственное обеспечение в условиях стационарного отделения осуществляется в рамках Республиканской программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

6. Психофармакотерапия и другие виды активной терапии проводятся в комплексе с физиотерапией, психотерапией, социотерапией и т.п.

7. Режим стационарного отделения разрабатывается заведующим отделением и утверждается главным врачом учреждения. Он строится на принципе чередования различных лечебных процессов с учетом реабилитационных мероприятий и при необходимости индивидуализируется врачом, соответственно состоянию больного.

10. Соматическое обследование в стационарном отделении обеспечивается специалистами лечебно-диагностического отделения РКПЦ.

11. В отделения предусмотрены: кабинеты для врачей и медицинских сестер, процедурная, помещения для проведения сеансов психотерапии, арттерапии, вокалотерапии, гирудотерапии и т.д., одно-, двух-, трехместные палаты, столовая.

12. Работающим пациентам, находящимся на лечении, выдаются листы нетрудоспособности установленного образца.

С момента открытия отделения аффективных расстройств (с января по апрель 2019 года) было пролечено 97 человек, из них 26 мужчин (26,8%) и 71 женщина (73,2%). В Таблицах 1 и 2 представлен возрастной контингент пациентов отделения и распределение случаев лечения по нозологиям.

Таблица 1. Распределение пролеченных пациентов по возрасту.

Возраст	Количество пациентов
21-30 лет	8 человек (8,4%)
31-40 лет	15 человек (15,4%)
41-50 лет	15 человек (15,4%)
51-60 лет	23 человека (23,7%)
Свыше 60 лет	36 человек (37,1%)

Таблица 2. Распределение случаев лечения по нозологиям.

Нозология	Количество
Органические расстройства (F06-F09)	27 случаев (27,8%)
Невротические расстройства (F40-F49)	64 случаев (65,9%)
Аффективные непсихотические расстройства (F30)	5 случаев (5,1%)
Прочие (F20)	1 случай (1,2%)

Большую часть пролеченных пациентов составляют больные с невротическими расстройствами (65,9%). Уменьшается доля пациентов с органической патологией (27,8%). Налицо утяжеление состава пролеченных больных, увеличение числа пациентов с аффективными расстройствами, что еще раз подтверждает своевременность и целесообразность открытия данного отделения.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Р. Кунафина, А.А. Кунафина, А.В. Галимова, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, ГАУЗ РБ Городская клиническая больница №18, г. Уфа, erkunafina@mail.ru

В России наблюдается демографическое старение населения - увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения. Поэтому, в последнее время, в связи со сложившейся демографической ситуацией в нашей стране закономерно усилилось внимание к болезням пожилого возраста. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых лиц высоко актуальна ввиду как значительной распространенности этих заболеваний в пожилом возрасте, так и их общепризнанного негативного влияния на прогноз. В связи с этим в последние годы все больше внимания уделяется, в том числе, вкладу расстройств настроения в формирование кардиальной патологии у пожилых. Особая роль отводится таким аффективным расстройствам, как тревога и, особенно, депрессия. Результаты клинических исследований [1, 2, 4] показали, что депрессия является чрезвычайно распространенным коморбидным состоянием при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности, инсульте, после оперативных вмешательств на сердце; она существенно осложняет течение и прогноз ССЗ. Симптомы депрессии выражаются в снижении физической активности, эмоциональных проявлений, что значительно снижает качество жизни пациентов. Они могут ухудшать самочувствие больного в большей степени, чем симптомы, связанные с ИБС или сердечной недостаточностью [5]. Существует мнение, что депрессию следует рассматривать как новый фактор риска ИБС [3].

Депрессии в позднем возрасте – это прежде всего тревожные депрессии. Характерно сочетание телесных ощущений тревоги и идеаторных ее проявлений в виде тревожного наплыва мыслей с опасениями разнообразного содержания. Суточные колебания настроения при депрессиях позднего возраста характеризуются не только ухудшением самочувствия в утренние часы, но и усилением тревожности к вечеру. Наблюдающийся и в позднем возрасте феномен соматизации депрессии представляет собой главную причину трудностей диагностики этих нарушений. Вышеизложенное делает весьма актуальной задачу активного выявления у этого контингента психических расстройств с целью оказания своевременной специализированной психиатрической помощи.

Нами проведено исследование эффективности и безопасности антидепрессанта сертралина в лечении депрессии у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выбор сертралина обусловлен тем, что СИОЗС благодаря хорошей переносимости рассматриваются как препараты первой очереди выбора для лечения депрессии у пожилых людей. Механизм действия сертралина складывается из основного – блокирование обратного захвата серотонина и двух дополнительных: блокирование обратного захвата дофамина; мягкое антагонистическое воздействие на сигма–рецепторы. Благодаря дополнительным механизмам сертралин обладает определенными преимуществами, особенно полезными для пациентов с васкулярной депрессией. Сертралин воздействует на астенические симптомы депрессии, и теоретически за счет влияния на дофаминовую систему может улучшать когнитивные функции. Мягкое блокирование сигмарецепторов потенцирует противотревожное действие сертралина. Подтверждена кардиоваскулярная безопасность сертралина для лиц, имеющих кардиологическую патологию.

Материалы и методы исследования: обследованы 34 больных находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГKB №18 г. Уфы. У 18

(52,9%) больных были установлены следующие диагнозы: ИБС, стенокардия I—III ФК, постинфарктный кардиосклероз, аритмия; 6 (17,6%) больных перенесли инфаркт миокарда; у 10 (29,4%) - имелась гипертоническая болезнь II—III стадии.

Возраст больных варьировал от 58 до 74 лет. Из них 27 (79,9%) женщин и 7 (20,1%) мужчин. К моменту обследования у пациентов определялись легкие и умеренные депрессии (в среднем, от 20,1 до 25 баллов по шкале Гамильтона). Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с диагностическими и исследовательскими критериями МКБ-10. Практически все эти пациенты до поступления в стационар не получали никакой специфической терапии. Лишь немногие из них самостоятельно или по рекомендации врачей общей практики принимали фитопрепараты или транквилизаторы, что не оказывало значительного влияния на течение данного расстройства. Все они получали сертралин в дозе 50 мг в сутки. Терапия сертралином проводилась на протяжении 8—ми недель. В исследовании использовались шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала общего клинического впечатления (CGI), шкалы оценки побочных действий. Соматическое состояние пациентов оценивалось кардиологом.

Результаты: Анализ манифестации соматического заболевания позволил выявить в 7 (20,5%) случаях лично значимые психогении (уход из жизни близкого человека, развод и т.д.); в 10% случаев они могли быть квалифицированы как преимущественно социально стрессовые (потеря работы, вынужденный переезд и т.д.)

Симптоматические психические расстройства были представлены тревожно-депрессивными (n=7), астенодепрессивными расстройствами (n=16), тревожно-фобическими (n=2), депрессивно-ипохондрическими (n=5), истеродепрессивными расстройствами (n=4).

Клинические проявления депрессивных расстройств у больных кардиологического профиля были достаточно своеобразны и атипичны. У большинства пациентов депрессивные нарушения сопровождались выраженной астенией. Больные были неспособны переносить нагрузки, страдали гиперестезией к звукам, свету, поэтому отличались ограничительным поведением. Запас энергетических возможностей у таких пациентов был крайне ограничен. Внешне больные выглядели подавленными. Моторная заторможенность выражена умеренно, как и замедленность ассоциативных процессов. У 17,6% больных был снижен аппетит.

Выявленные депрессивные расстройства стали прямым показанием для назначения антидепрессантов.

У больных, принимавших сертралин, уже к концу первой недели терапии наблюдалось значительное улучшение состояния, а на четвертой – стойкая ремиссия. Пациенты отмечали повышение фона настроения, нормализацию сна. Значительно уменьшилась раздражительность, слезливость. Наилучшие результаты терапии были получены при коморбидных тревожно-депрессивных состояниях. Больные отмечали, что они меньше волнуются по пустякам, изменялся темп речи, психическая и физическая гиперестезия. На 3—4 неделе терапии обнаружили тенденцию к обратному развитию поведенческих расстройств: больные начинали более адекватно оценивать свое состояние, уменьшалась ипохондрическая фиксация, появлялась активность, уменьшались апатические явления. К концу терапии больные отмечали улучшение памяти, внимания. На фоне редукции депрессивных расстройств, снизилась выраженность астенических проявлений. Применение терапии антидепрессантами способствовало не только редукции депрессивной симптоматики, но и улучшению соматического состояния и качества жизни пациентов. Побочные эффекты при приеме сертралина встречались редко и выраженность их незначительная.

Выводы: Проведенное исследование подтвердило мнение о высокой распространенности депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологического профиля. Присоединение адекватной психотропной терапии способствует значительному улучшению состояния пациентов, прежде всего за счет редукции актуальной психической патологии. Кроме того, это позволяет более эффективно проводить лечение основного заболевания. Проведенное лечение свидетельствует о том, что на фоне приема антидепрессантов (сертралин) у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями симптомы депрессии уменьшаются. Современные антидепрессанты (сертралин), обладающие благоприятным спектром переносимости, позволяют проводить адекватное лечение этой категории пациентов и существенно улучшают прогноз заболевания. Сертралин может быть рекомендован как эффективный и безопасный препарат для лечения депрессии у пожилых кардиологических больных. Препарат достаточно эффективен в минимальной суточной дозе 50 мг.

Литература:

1. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В. Психолого-психиатрические подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Вестник РАМН 2003;(12):24—9.
2. Погосова Н.В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2002;(4):86—90.
3. Carney R.M., Blumenthal J.A., Catellier D. et al. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2003;92:1277-81.
4. Carney R.M., Blumenthal J.A., Stein P.K. et al. Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. Circulation 2001;(104):2024-8.
5. Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatky M.A. et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. JAMA 2003;290:215-21.

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Е.Р. Кунафина, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский
университет МЗ РФ, г. Уфа, erkunafina@mail.ru

Известно, что наличие психического заболевания существенно облегчает вовлечение больного в криминальные действия. В современных условиях, когда из года в год количество больных с нервно-психическими расстройствами неуклонно увеличивается, вопросы профилактики общественно опасных действий (ООД) психически больных остаются не только медико-социальной, психологической, юридической, но и серьезной экономической проблемой как для здравоохранения, так и для общества в целом. Количество повторных ООД составляет около 30% всех деликтов, и этот показатель остается стабильным на протяжении последнего десятилетия [3]. Больные шизофренией совершают повторные общественно опасные деяния до 60% случаев [1, 4]. Поэтому основной целью профилактики ООД психически больных шизофренией является своевременное выявление, активное диспансерное наблюдение, лечение и их реадaptация.

В системе предупреждения общественно опасных действий психически больных ведущее место принадлежит принудительному лечению, а организация лечебно-реабилитационной работы в этих условиях требует комплексного, системного подхода [2]. Одним из основных направлений дальнейшего совершенствования профилактических мероприятий при осуществлении принудительных мер медицинского характера рассматривается расширение спектра используемых психофармакологических средств и методов психосоциальной реабилитации с последующим определением их способности влиять на уровень общественной опасности пациентов. Соответственно международной тенденции в лечении больных шизофренией, особую актуальность приобретает изучение вопросов терапевтической эффективности и экономической целесообразности использования атипичных нейролептиков с учетом специфики принудительного лечения (длительность, особенности клинико-социальных характеристик больных, совершивших ООД)[5].

В Республиканской клинической психиатрической больнице МЗ РБ принудительное лечение психически больным, руководствуясь современными тенденциями и выявленными криминогенными факторами, проводится по программе дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. Система включает в себя 4 этапа: 1) адаптационно-диагностический; 2) стабилизации; 3) реконвалесценции; 4) закрепления лечения и подготовки к выписке. Принудительное лечение в отделениях осуществляется при взаимодействии специалистов различного профиля – психиатров, психологов и социальных работников для оптимального обеспечения терапевтического процесса и реабилитационных мероприятий.

Важная роль в проведении реабилитационного этапа отводится психотерапии, направленной на формирование, восстановление и развитие ментальной экологии психически больных, их ресоциализацию, устранение фактора их социальной опасности, а также предотвращения повторных особо опасных деяний и профилактику опасных действий. Психофармакотерапия и психотерапия повышают комплаенс к обоим лечебным подходам.

Цель работы: повышение эффективности принудительного лечения и ресоциализации психически больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия (ООД), путем проведения комплексной терапии в форме сочетанного использования психофармакотерапии и психотерапии в условиях

принудительного лечения в Республиканской клинической психиатрической больнице МЗ РБ.

Материалы и методы. На этапах стабилизации и реконвалесценции больным проводилась групповая психотерапия. Всего групповую психотерапию прошли 46 мужчин с диагнозом шизофрения (F 20.00). Все они совершили ООД, направленные против личности (ст.105-111, ст.112-119, 213 УК РФ). Количество пациентов в группе варьировало от 6 до 10 человек. Сеансы групповой психотерапии проходили 2 раза в неделю. Продолжительность сеансов составляла от 1.5 до 2 часов. Количество сеансов в среднем 12-16. Длительность групповой психотерапии – 2 месяца.

В рамках групповой психотерапии использовались следующие психотерапевтические подходы: когнитивная терапия с целью когнитивного реструктурирования психики пациентов; поведенческая терапия с коррекцией дезадаптивных форм поведения; психодрама для улучшения системы межличностных взаимоотношений.

Психофармакотерапия осуществлялась минимальными поддерживающими дозами препаратов с гибким регулированием медикаментозного режима с целью удержания пациентов в психотерапевтическом процессе. При этом предпочтение отдавалось атипичному антипсихотическому препарату рисперидон в дозе, не превышающей 4 мг.

Эффективность комплексной терапии оценивалась по следующим параметрам: клинко-психопатологическое обследование; шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Результаты: исследование выявило психологическое дистанцирование, наличие инкапсулированных бредовых идей (не отражающихся на поведении пациентов); умеренно-выраженную негативную симптоматику в виде инертности психических процессов (апатичность и отгороженность, малоконтактность, социальная отрешенность, снижение энергетического потенциала); анозогнозию и нонкомплаентность, а также нейрокогнитивный дефицит (нарушение мышления, снижение критичности к своему состоянию и самооценки, отказ от сотрудничества, активная социальная устранимость, нарушение внимания, снижение волевых способностей).

После первых сеансов групповой психотерапии отмечалось редианизмирующее (энергизирующее) действие (оживление моторно-мимической сферы, повышение активности и коммуникабельности больных со стимуляцией сферы побуждений - антидефицитарное действие в отношении инертности психических процессов). В последующем было зафиксировано повышение физической работоспособности и интеллектуальной продуктивности, расширение круга общения.

Объективизация клинических данных проводилась с помощью психометрической шкалы PANSS. За весь период групповой психотерапии общее снижение рейтинга по шкале PANSS составило 48,3%. Обращает на себя внимание существенное улучшение, происходящее в состоянии больных в течение первых 2 недель терапии. Этот показатель составил 28,1%. При анализе редукции рейтинга баллов по подшкалам шкалы PANSS за 2 недели произошла существенная редукция в группе позитивных симптомов, которая составила 25,3% (при низкой представленности этого показателя при стартовой оценке). В первые 2 недели психотерапии происходят значимые изменения по имеющимся показателям, характеризующим продуктивную симптоматику: резидуальный бред, расстройство суждений и мышления. Снижение показателей, характеризующих негативные нарушения, на ранних этапах терапии на 35% показывает, что в данной группе преобладали пациенты с негативными нарушениями. Это свидетельствует о том, что групповая психотерапия обладает выраженным влиянием на обе группы

симптомов. Оценка негативных и психотических симптомов показывает, что большая часть симптоматики за указанный период претерпевает выраженную редукцию.

В период стабилизации состояния пациенты посещали арттерапию, родственники привлекались в образовательные группы.

На этапе закрепления результатов лечения и подготовки к выписке проводилась семейная психотерапия. Семейная терапия позволила вовлечь в психотерапевтический процесс не только пациентов, но и их ближайшее окружение, куда больные будут возвращаться после выписки из стационара, и среди которого они будут проводить большую часть времени. Однако организовать семейную терапию было достаточно сложно, так как необходимо было получить согласие не только самих пациентов, но и их семей. Сложность была связана как с негативизмом пациентов в адрес близких родственников и нежеланием получать от них помощь, так и с личностными особенностями лиц из ближайшего окружения больных, с их отношением к заболеванию и лечению. Лишь в 25,7 % случаев отмечалось адекватное отношение семьи к болезни и лечению. В 13,9 % случаев мы столкнулись с безразличным отношением к заболеванию и в 14,9 % – с пассивным отношением к лечению. Между тем такая позиция родственников была не худшим вариантом, они не поддерживали лечение, но и активно не препятствовали ему. Наиболее неблагоприятными вариантами отношения родственников пациентов к болезни было отрицание заболевания – 8,9 % или неадекватное ожидание выздоровления с открытым негодованием и «крушением надежд» – 41,6 %, в сочетании с уклоняющимся (7,9 %) и амбивалентным (26,7 %) отношением к лечению.

Таким образом, применение психотерапии в сочетании с психофармакотерапией позволяет достичь более высокого уровня терапевтических ремиссий и способствует устранению фактора социальной опасности пациентов. Различные психотерапевтические подходы позволяют всесторонне воздействовать на основные компоненты личности (когнитивный, эмоциональный и поведенческий). Указанный спектр психотерапевтических методов способствует формированию особого, специфического, индивидуального подхода к реализации психотерапевтических программ. Критерием клинической эффективности психотерапии является формирование у всех пациентов новых, социально приемлемых ментальных установок и мировоззрений, а также отсутствие рецидивов или эксацербаций процесса, совершение повторных ООД.

Литература:

1. Березанцев А.Ю., Кузнецов Д.А. Клинико-социальные характеристики больных и их поведения в стационарах, осуществляющих принудительное лечение общего типа // Коченовские чтения «Психология и право в современной России». М.: Изд-во МПГУ, 2010. С. 55-56.
2. Макушкина О.А. Прогнозирование риска общественной опасности у лиц с психическими расстройствами: проблемы, отраслевые задачи // Российский психиатрический журнал. 2015. № 4. С. 56–66.
3. Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и соавт. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006-2013 г.г. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. С. 7–9.
4. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995.- 255с.
5. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: руководство для врачей / под ред. В.П. Котова. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. 346 с.

**ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В XXI ВЕКЕ. РОЛЬ И МЕСТО
ПСИХОТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
В.И. Курпатов, д.м.н., профессор, президент Профессиональной Медицинской
Психотерапевтической Ассоциации, Санкт-Петербург, Россия

Психическое здоровье – это важный стратегический фактор медицинской, социальной и политической сфер жизнедеятельности. Он обеспечивает социальное единство, общественный порядок, стабильность и безопасность среды обитания, повышает качество жизни и уровень психического благополучия всего населения Российской Федерации. Существенное влияние на сохранение и укрепление психического и психосоматического здоровья людей оказывает психотерапевтическая служба.

Доминирующей задачей психотерапии в «общественно ориентированной психиатрии» является профилактика и сохранение здоровья социально активной части населения, восстановление трудоспособности, сохранение и поддержание качества жизни человека.

Эксперты оценивают потребность населения России в психотерапевтической и психиатрической помощи в пределах от 14-18 %, т.е. в ней нуждается, как минимум, каждый седьмой гражданин. Последствия не оказания или несвоевременного оказания данного вида помощи населению - это, в первую очередь, возникновение и хронизация психических и психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др.); суициды, алкоголизм, наркомания, а также другие формы саморазрушающего поведения. Статистика в этой части, действительно, угрожающая.

В 2014 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала доклад, посвященный теме самоубийств. Он назывался «Предотвращение самоубийств: глобальный императив».

Данные, представленные в этом докладе, свидетельствуют о том, что, несмотря на очевидные позитивные тенденции, Россия по-прежнему находится в числе стран-лидеров по уровню смертности от самоубийств. По данным ВОЗ смертность от суицидов в России составляет 19,5 случаев на 100 тыс. чел. населения (14 место в мире), при этом среди мужчин - 35,1 случаев (8-е место в мире), среди женщин - 6,2 случаев.

720 детей и подростков России в 2016 г. покончили жизнь самоубийством.

В 2017 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала депрессию важнейшей причиной нездоровья в мире. С 2005 г. распространённость депрессии выросла более чем на 18%. При этом сохраняются проблемы нехватки медицинской помощи и стигматизации пациентов с психическими расстройствами. В итоге люди не получают лечения, необходимого им для того, чтобы вести продуктивную насыщенную жизнь.

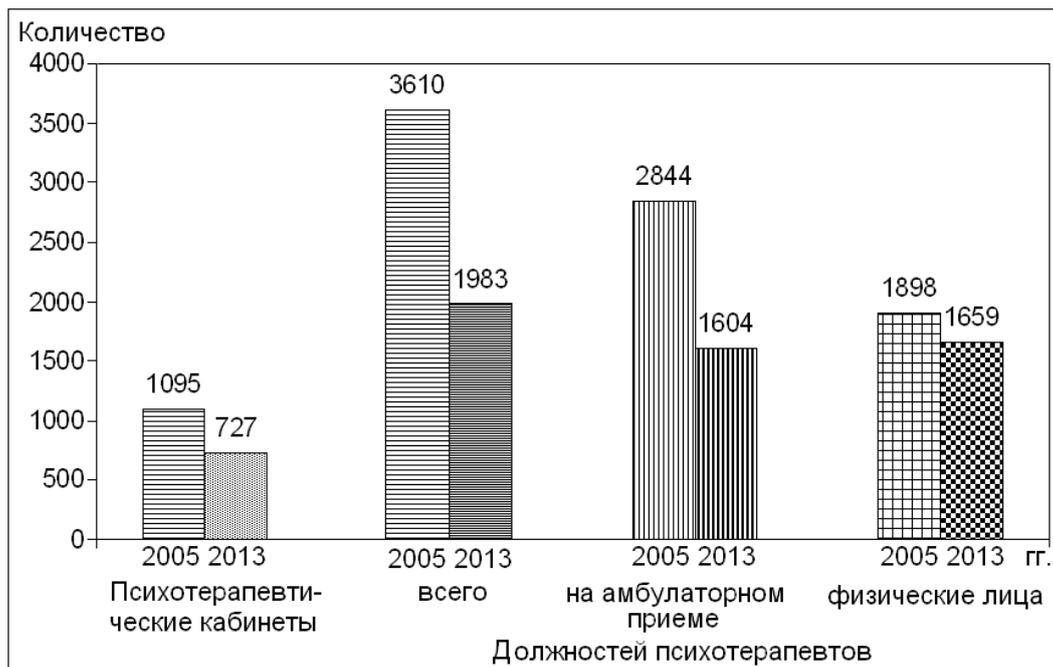
«Эти данные — призыв ко всем странам. Необходимо пересмотреть подходы к психическому здоровью и лечить заболевания психики неотложно, как они того требуют», — говорится в опубликованном заявлении генерального директора ВОЗ Маргарет Чан (2017 г.). Наличие депрессии увеличивает риск появления других серьёзных заболеваний и состояний: зависимостей, суицидального поведения, сахарного диабета и болезней сердца. Последние известны как «убийцы номер 1» мирового масштаба.

ВОЗ выразила озабоченность фактом, что во многих государствах люди с психическими заболеваниями получают минимальную помощь — или не получают её вовсе.

Сейчас ВОЗ запускает кампанию по борьбе со стигматизацией и ошибочными представлениями «Депрессия: давайте поговорим» (Depression: Let's Talk).

При этом психотерапевтическая помощь населению в России пребывает в глубокой стагнации.

Согласно статистическим данным о состоянии психотерапевтической службы в России за 2005–2012 гг. [8], за 7 лет в России количество психотерапевтических кабинетов сократилось на 368 кабинетов. Значительное уменьшение числа психотерапевтических кабинетов имело место в 29 регионах России. Число физических лиц врачей сократилось в 48 регионах России с 1898 до 1659 (на 239 человек). В 2015 г. была ликвидирована Психотерапевтическая поликлиника № 223 Москвы.



Показатели числа психотерапевтических кабинетов и врачей-психотерапевтов в 2005–2013 гг. по России

Все изменения в психотерапевтической службе происходят при отсутствии главного штатного психотерапевта Минздрава России и организационно-методического отдела по службе.

По состоянию на 2013 г. обеспеченность населения врачами психотерапевтами по России 0,12 на 10 тыс. населения, в Москве и Санкт-Петербурге – 0,4 [8].

Бюджеты здравоохранения и социального развития ежегодно теряют средства, которые при разумном подходе могли быть использованы для создания модели эффективной системы оказания психотерапевтической и психосоматической помощи населению. Такая модель улучшит качество оказания медицинской помощи населению в целом, обеспечит сокращение финансовых потерь в системе здравоохранения и, соответственно, существенно изменит качество жизни.

Специальные исследования подчеркивают, что лица с пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, блуждающие по медицинскому лабиринту, переходя от специалиста к специалисту и не получая адекватной специализированной помощи, истощают бюджет здравоохранения. Ведь признаки только депрессии выявляются у 7% населения, а среди пациентов

амбулаторных или стационарных лечебных учреждений частота депрессивных расстройств достигает 25%.

Различные аспекты этой проблемы в свое время активно исследовались в Европе, США и Канаде. Стало очевидно, что каждое второе обращение за медицинской помощью исходит не от соматических больных, а от пациентов с психическими расстройствами (Dilling H. et al., 1978).

Подобные исследования проводились в 60-70-х годах прошлого века. Выявленные в процессе таких исследований фантастические убытки здравоохранения и серьезные риски, которым подвергалось здоровье пациентов, заставили государства, организаторов здравоохранения и страховые компании пересмотреть систему оказания психиатрической, психотерапевтической и психосоматической помощи населению.

Санкт-Петербургским психотерапевтическим центром проводилось исследование для обоснования экономической оправданности городской целевой программы по развитию психотерапии. Полученные данные показали, что ситуация в здравоохранении нашего города в аспекте «экономики психотерапии» соответствует, к сожалению, западному опыту периода 60-х годов прошлого века, а по ряду позиций находится и в еще более отчаянном положении.

По данным исследования (анкетирование, беседа, анализ историй болезни) пациент в среднем осуществил до направления к психотерапевту:

16 неоправданных визитов на амбулаторный приём к различным специалистам (затраты средств Территориального фонда ОМС составили 20182,88 руб., затраты средств бюджета Санкт-Петербурга составили 11998,56 руб.); 3 вызова на дом «Скорой помощи» (затраты средств Территориального фонда ОМС составили 7984,62 руб., затраты средств бюджета Санкт-Петербурга составили 6240,09 руб.); пациенту проведено 4-5 дорогостоящих инструментально-диагностических исследований (затраты составили 5.700 рублей); 2-3 раза сдавал лабораторные анализы; один раз госпитализировался в соматический стационар (затраты средств Территориального фонда ОМС за лечение в течение 10 дней составило 25332,8 руб., затраты средств бюджета Санкт-Петербурга 17211 руб.). В итоге затрачено 53500,3 руб. из средств Территориального фонда ОМС, бюджету города пациент обошелся в 41149,65 рублей.

(Согласно Закона Санкт-Петербурга от 28.12.2012 N 739-125 "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" п. 7. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (принят 26.12.2012)).

В связи с отсутствием своевременной и адекватной терапии, психическое и/или психосоматическое расстройство у пациента приобретает хроническое течение.

Значимость проблемы подтверждается и данными многочисленных клинико-эпидемиологических исследований.

Показано, что три четверти пациентов с психическими расстройствами разного уровня так и не попадает в поле зрения психиатров и психотерапевтов, осаждая территориальные поликлиники (Остроглазов В.Г., Лисина М.А., 1990). По разным данным, от 30 до 50% лиц, обращающихся за помощью в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, а у, как минимум, 25% пациентов с действительным соматическим страданием значительную роль в клинической картине играют симптомы психического расстройства (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

До 60% больных, находящихся в обычных стационарах, нуждаются либо в консультации, либо в лечении у психиатра или психотерапевта (Рубина Л.П., 1999).

Отсутствие данной специализированной помощи приводит к диагностическим ошибкам, хронизации патологических процессов, длительному и зачастую безрезультативному лечению пациентов, которое в среднем продолжается от 8 до 9 лет.

В современной ситуации значительную часть больных составляют пациенты с психосоматическими заболеваниями. Течение и прогноз этих заболеваний напрямую зависит от того, оказывается ли этому пациенту психотерапевтическая помощь или нет. Неоказание помощи существенно повышает риск развития осложнений заболеваний и увеличивает издержки бюджета здравоохранения, возникающие вследствие отсутствия эффективно функционирующей психотерапевтической и психосоматической службы, которые не поддаются подсчёту, но, однозначно, по одному только Санкт-Петербургу они превышают цифры в миллионы рублей ежегодно. И это не говоря уже о трудопотерях и росте инвалидизации.

По имеющимся у нас данным в 30 поликлиниках города организовано только 35 психотерапевтических кабинетов. В психотерапевтических кабинетах 13 поликлиник вместе с врачом-психотерапевтом работает медицинский психолог, и только в 6 поликлиниках есть все необходимые специалисты психотерапевтической бригады – это врач-психотерапевт, медицинский психолог и специалист по социальной работе.

К настоящему времени оказание помощи в рамках полипрофессиональных психотерапевтических бригад недостаточно реализовано на практике. В то же время опыт работы Психотерапевтического центра СПб ГПНДС№7 (ул. Канонерская, 12) по стационарзамещающим технологиям показывает их эффективность и экономичность. Лечение в ПТЦ носит характер завершённого случая: длится до 4 месяцев (для невротических расстройств, расстройств адаптации, аффективных расстройств) и до 6 месяцев (для эндогенных психических расстройств вне обострения). В этот период пациент получает, как биологическую терапию, так и психотерапевтическую помощь (до 48 индивидуальных посещений к специалистам), с пациентом проводятся 3-5 групповых форм оказания помощи.

Психотерапевтический центр оказывает психотерапевтическую помощь в объёме специализированной медико-санитарной помощи больным с психическими расстройствами и всем нуждающимся пациентам общесоматической сети [5] с различными психосоматическими заболеваниями и коморбидными соматическим заболеваниям психическими расстройствами.

Психотерапевтическая консультативно-лечебная помощь пациентам с психическими расстройствами оказывается по следующим показаниям [3]:

а) непсихотические органические расстройства вследствие сосудистых, травматических, инфекционных, интоксикационных и др. поражений головного мозга при невыраженном интеллектуальном дефекте, без глубоких расстройств личности и поведения, препятствующих социально-трудовой адаптации;

б) перенесшие острый психоз или психотический приступ с наступлением ремиссии;

в) эндогенные аффективные расстройства;

г) эндогенные психические расстройства вне обострения;

д) невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства, психогенные нарушения физиологических функций, острые реакции на стресс или адаптационные реакции;

е) расстройства личности при отсутствии выраженной социально-трудовой дезадаптации;

В последние годы в психотерапевтическом центре успешно оказывается психотерапевтическая помощь пациентам, имеющим клиническую картину первого психотического эпизода, что значительно снижает трудопотери и инвалидизацию.

При этом в нашем 5-миллионном городе только один такой центр.

Данный принцип работы позволяет:

- предоставить пациенту объём медицинской помощи соизмеримый со стационарным объёмом помощи;
- сократить сроки оказания специализированной помощи;
- оказывать психотерапевтическую помощь социально активной части населения без трудотерь, без отрыва от учебы и работы, в удобное время, т.к. центр работает в две смены с 9.00 до 21.00.
- упорядочить, повысить качество и эффективность оказываемой психотерапевтической помощи;
- стандартизировать оказание психотерапевтической помощи по срокам и объёмам лечения.

Согласно эпидемиологическим расчётам в Санкт-Петербурге 14% населения Санкт-Петербурга (это 731598 человек) нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи. 10,4% петербуржцев (533721 человек) страдают от высокого уровня стресса (по данным диспансеризации 2013 года).

Число пациентов с психическими расстройствами, обратившихся в психоневрологические организации СПб (абс.числа) в 2013г составило 132597 чел, в 2014г. – 135310чел. (по данным Статистических материалов «Социально значимые заболевания населения России в 2014году» Москва 2015г.).

Таким образом, 81% нуждающихся помощь не была оказана по двум основным причинам:

1. недостаточное количество специалистов и специализированных медицинских учреждений;
2. стигматизация психиатрической помощи и неготовность жителей обращаться за помощью в психоневрологические диспансеры.

Данные закономерности тесно взаимосвязаны и вытекают одна из другой.

В результате проведенного комплексного анализа показателей состояния психического здоровья населения Санкт-Петербурга за 25 лет с 1991-2014гг. по данным исследования д.м.н., главного специалиста эксперта по психиатрии Росздравнадзора по Северо-Западному ФО РФ Лиманкина О.В « Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования» установлено: произошел рост первичной заболеваемости психическими расстройствами на 53,% (в расчете на 100 тыс. населения – с 249,5 до 383,6) за счет психических расстройств непсихотического характера - рост на 79,5%. Общая заболеваемость психическими расстройствами в группах детей и подростков (0-17 лет) возросла более чем на треть (на 36,7%), прежде всего, за счет психических расстройств непсихотического характера (превышение на 44%).

Абсолютное число психически больных, имеющих группу инвалидности, выросло на 40,8%. Уровень первичной инвалидности в указанный период вырос на 16%. На конец 2016 года абсолютное число психически больных, имеющих группу инвалидности, составляет 34 783 человека. За период с 2014 -2016 гг. абсолютное число психически больных, впервые признанных инвалидами, выросло на 27,1% и составило 1 615 человек [17].

В настоящее время идет модернизация психиатрической службы, сокращаются стационарные койки, необходимо активно развивать психотерапевтические технологии амбулаторной службы.

Последствия неоказания, некачественного или несвоевременного оказания данного вида медицинской помощи населению из-за малой доступности, в конечном

итоге, приводит к росту трудопотерь и инвалидизации, росту суицидов, психических и психосоматических заболеваний, обострению алкоголизма, наркомании, социальной напряжённости жителей.

Нормативно-правовая база, регулирующая организацию и порядок оказания психотерапевтической помощи гражданам РФ, в последние годы претерпела существенные изменения.

В 2003 году принят важный в идеологическом смысле, дающий ориентиры для развития психотерапевтической службы в целом, Приказ Министерства здравоохранения РФ №438 от 16.09.2003 «О психотерапевтической помощи».

В 2012 году принят Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. №566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» и Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

Данные приказы систематизировали оказание психотерапевтической помощи полипрофессиональными бригадами (врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра).

В тоже время при соотнесении фактической потребности населения в психотерапевтической помощи и количества штатных специалистов, на наш взгляд, обнаруживается скорее имитация наличия психотерапевтической службы, нежели ее реальное присутствие в общей системе здравоохранения.

Количество психотерапевтических подразделений, имеющих в Санкт-Петербурге и необходимое для обслуживания населения в соответствии с приказом №438 МЗРФ от 2003 г.

Подразделения	Существующие	Необходимые	
Центры	2	10	1 центр на 500 тыс. населения
Отделения	0	20	1 отделение на 250 тыс. населения.
Кабинеты	48 (из них 9 укомплектованы в соответствии с приказом № 438)	213	1 кабинет на 25 тыс. взрослого, 12 тыс. детского населения и 200 коек ЛПУ.

В настоящее время в СПб имеется только 1 структурированный психотерапевтический центр (Канонерская 12), 9 психотерапевтических кабинетов (укомплектованных по штатам приказа №438 МЗ РФ), при отсутствии в городе психотерапевтических отделений и дневных стационаров.

Недостаточная представленность амбулаторного и полустационарного этапов психотерапевтической помощи приводит к тому, что больные с пограничными психическими расстройствами вместо амбулаторного лечения в психотерапевтических структурах госпитализируются для стационарного лечения в городскую психиатрическую больницу №7 им. академика И.П.Павлова, что

происходит только в Санкт-Петербурге. Это существенно повышает затраты бюджетных средств на лечение, снижает качество терапии, способствует формированию рентных установок у больных, приводит к существенным трудопотерям и способствует росту инвалидизации.

На протяжении ряда лет очень слабо развивается сеть бюджетной психотерапевтической помощи (специализированной медико-санитарной помощи) в поликлиниках, психоневрологических диспансерах и общесоматических лечебно-профилактических учреждениях в виде психотерапевтических кабинетов, отделений, психотерапевтических центров. При этом психотерапевтические центры могут быть самостоятельными учреждениями или в составе других ЛПУ.

Сейчас в Интернете по запросу «Психотерапевтические центры России» выдается 1001 адрес, примерно $\frac{4}{5}$ которых находятся в Европейской части России и подавляющее большинство из них коммерческие.

В целом, независимо от того, бюджетная эта психотерапевтическая сфера или частная, нет должной востребованности в полноценной психиатрической подготовке врача-психотерапевта, низкое качество последипломной подготовки, отсутствует система непрерывного образования.

Данная ситуация недостаточно контролируется органами здравоохранения, во многих регионах России отсутствуют штатные специалисты психотерапевты, а там, где они назначены, как правило, нет организационно-методических отделов психотерапевтической службы.

Отдельно следует остановиться на том, что Б.Д. Карвасарский, уже более 15 лет назад прогнозируя дальнейшее становление российской психотерапии, указывал на ряд серьезных проблем, которые должны были быть осознаны и разумно преодолены [6, 7]:

– не успев оформиться в самостоятельную область медицины, психотерапия практически уже распалась на множество субспециальностей;

– весьма непростой задачей является взаимодействие в психотерапевтическом процессе врача-психотерапевта с медицинскими психологами и специалистами по социальной работе, не имеющими медицинского образования, но очень мотивированными на психотерапию;

– постоянно возрастающее число методов, методик, технических приемов в области психотерапии, на овладение навыками работы с которыми у психотерапевта-практика просто не хватает времени, что приводит к неэффективной психотерапевтической полипрагмазии;

– альтернативная психотерапия (маги, экстрасенсы и т. д.) сформировалась в нашей стране в виде социального взрыва. Подобные явления наблюдались в истории и других стран в период кризисов, но самопроизвольно исчезали при выходе из них. К сожалению, в нашей стране эти оздоравливающие тенденции отсутствуют до настоящего времени.

Сегодня в России остро стоят вопросы о границах профессии, понимании объекта и предмета психотерапии как специальности, системой подготовки специалистов, организации психотерапевтической службы [3–5].

В соответствии с историческими традициями развитие российской психотерапии определяется ее медицинской моделью. Дискуссия о психотерапии как гуманитарной специальности, не требующей базисного медицинского и психологического образования, не может найти поддержки. Это касается также и призывов к отделению психотерапии от психиатрии при недоучете того, что не только в психиатрии, но и в других областях медицины определение целей, задач, направленности психотерапии, выбор ее методов осуществляются на основании знания особенностей психики и личности больных.

Необходимо заметить, что все изложенное сегодня звучит еще острее, актуальность названных тем остается очень высокой, все эти проблемы требуют дальнейшего и скорейшего решения. И это не праздный вопрос. В недалеком будущем, при сохранении вышеперечисленных неблагоприятных тенденций, психотерапия будет дозволена каждому, у кого есть так называемый «сертификат», и медицинский диплом для этого будет не обязателен.

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и необходимости системы лечебных воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных. Это положение изменило подход к организации психотерапевтической помощи, в переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия. Такой подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчетливые экономические преимущества: снижаются трудопотери, рентные установки, инвалидизация.

История развития психотерапии в России подтверждает, что она является неотъемлемой частью клинической психиатрии. За последние десятилетия предпринято немало серьезных шагов в направлении развития общественно ориентированной психиатрии в нашей стране. В этом процессе реформирования, важными этапами стали: выход за пределы традиционной структуры «стационар – диспансер» с формированием внедиспансерного раздела психиатрической помощи и развитие психотерапевтической помощи в общей и психосоматической медицине[8,9].

Психотерапевтическая помощь в соответствии с нормативно-правовыми приказами оказывается бригадным методом. В бригаду входят врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. У каждого из специалистов своя зона ответственности:

1. врач-психотерапевт проводит клиническую диагностику, биологическую терапию, индивидуальную и групповую психодинамическую психотерапию, разрабатывает и контролирует всю стратегию лечебного процесса, несёт юридическую ответственность за состояние больного;
2. медицинский психолог осуществляет психодиагностику, а также психологическое консультирование и психокоррекцию в соответствии с подготовкой по психодинамическому, когнитивно-поведенческому или экзистенциальному направлениям.
3. специалист по социальной работе реализует поведенческие индивидуальные и групповые методы, тренинги стрессоустойчивости, коммуникативный тренинг, тренинг преодоления созависимых отношений и др.;
4. медицинские сестры дополнительно к своим традиционным обязанностям проводят групповые и индивидуальные занятия по саморегуляции, аутогенной тренировке и др.

Очень важно осознать, что только такая полипрофессиональная бригада позволяет оказывать полноценную, качественную, экономичную и краткосрочную специализированную психотерапевтическую помощь.

Необходимо подчеркнуть важность взаимодополнения медицинского и психологического подходов, тандема врача психотерапевта и медицинского психолога в лечебном процессе.

Работа полипрофессиональной бригады позволяет обеспечить:

- краткосрочность психотерапевтической помощи: одновременно начать работу на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях, совместить групповые и индивидуальные формы работы, которые позволяют в более короткие сроки создать разнообразные модели поведения и общения и работать с ними;

- эффективность психотерапевтической помощи: подключение четырех специалистов позволяет увидеть пациента с разных сторон, собрать клиническую, психодиагностическую, динамическую информацию, а также создать минимум три модели отношений с пациентом, раскрыть и проработать его внутриличностные и межперсональные конфликты;

- экономичность психотерапевтической помощи: подготовка и работа врача-психотерапевта более дорогостоящая, чем медицинского психолога, специалиста по социальной работе и медицинской сестры, в связи с чем, включение данных специалистов в работу с пациентом позволяет снизить количество часов работы врача, сделать экономические затраты на лечение ниже. Групповые формы работы создают условия для обслуживания большего числа пациентов в единицу времени.

Таким образом, медицинская модель, при которой основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию, психотерапевтические и психокоррекционные методы лечения, осуществляемая полипрофессиональной бригадой, является необходимым условием современной эффективной психотерапевтической помощи.

Данный принцип работы позволяет предоставить объём медицинской помощи, соизмеримый со стационарным лечением, сократить сроки оказания специализированной помощи, упорядочить, повысить качество и эффективность оказываемой психотерапевтической помощи, существенно сократить трудовые потери, так как эта амбулаторная терапия проводится больным без их отрыва от своей профессиональной деятельности[13].

В клинической практике, психотерапия во всех ее вариантах, наиболее широко применяется при пограничных психических расстройствах (неврозах, расстройствах личности, ситуационных реакциях и др.). Вместе с тем она используется и в лечении психозов. На значение психотерапии в лечении психозов в разное время указывали многие отечественные психиатры — С.С.Корсаков (1911), Ю.В.Каннабих (1934), С.И.Консторум (1962), М.М.Кабанов (1985), В.Д.Вид (1991) и др. Наибольший опыт в этом отношении накоплен при шизофрении и эндогенных депрессиях. В этих случаях, в рамках психотерапии, реализуется общий комплекс лечебных воздействий, включающий биологическую терапию, психологическую коррекцию и социально-реабилитационные мероприятия [16].

Одним из основоположников отечественной клинической психиатрической психотерапии (био-психотерапии) был С.И.Консторум (1890-1950), разработавший активизирующую психотерапию для лечения больных шизофренией, пациентов с функциональными расстройствами в период отдаленных последствий закрытых травм черепа, агорафобией.

В 2017г. российское медицинское сообщество отмечает 32-летие образования психотерапевтической службы. 31 мая 1985г., приказом Министерства здравоохранения СССР № 750, в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей — должность «88. Врач-психотерапевт». Официально с этого времени психотерапия стала отдельным видом лечебной деятельности.

В этом и последующих приказах (№ 294 от 30 октября 1995 года, №438 от 16 сентября 2003 года) базисной моделью оказания психотерапевтической помощи была определена медицинская модель.

Сформировалась современная нормативно-правовая база оказания психотерапевтической помощи[4,5,6,7]. Принятые приказы позволяют организовать оказание психотерапевтической помощи силами психотерапевтических центров [4], психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, ПНД и ЛПУ [4,5,6], психосоматических отделений в стационарах.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗ РФ» разработал методические рекомендации «Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь» [15], изложив методы психотерапии и показания к их применению.

Получили свое развитие центры здоровья и отделения (кабинеты) профилактики поликлиник, в штате которых предусмотрены врачи-психотерапевты или медицинские психологи [7]. Это в значительной степени актуально для сохранения и укрепления психического и психосоматического здоровья населения, так как среди обращающихся в лечебные учреждения непсихиатрического профиля, возрастает количество лиц не страдающих психическими или соматическими расстройствами, но испытывающих потребность в консультативной помощи в связи с имеющимися у них факторами, влияющими на состояние здоровья. По медико-статистическим критериям такие посещения кодируются в соответствии с пунктами рубрики «Z» МКБ-10.

Таким образом, формируются условия для налаживания взаимодействия психотерапевтических учреждений (центров) с центрами здоровья и отделениями (кабинетами) профилактики поликлиник по организации оказания помощи здоровым лицам с психологическими проблемами и реакциями дезадаптации. Кроме этого такое взаимодействие позволяет активизировать первичную профилактику пограничных психических и психосоматических расстройств за счет активной методической и практической работы с врачами других специальностей по обучению их основам психотерапии, своевременному выявлению больных с психическими расстройствами, которые обращаются в общесоматические поликлиники [11].

Особое место должны занять психотерапевтические кабинеты в районных поликлиниках и психотерапевтические центры, образованные на основании приказов МЗ РФ. [4,5].

Преимущества образующихся психотерапевтических центров проявляются в возможности организовать оказание психотерапевтической помощи «сложным» пациентам с психическими расстройствами с помощью стационар-замещающих технологий [13].

В то же время отсутствует нормативно-правовая база, определяющая место психотерапевтического центра (ПТЦ) в сложившихся системах первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и психиатрической помощи. Имеется нормативно-правовой пробел в отношении порядка оказания психотерапевтической помощи психотерапевтическим центром для пациентов общесоматической и психиатрической сети. На наш взгляд это создает предпосылки для работы психотерапевтических центров с использованием психосоциальных и реабилитационных подходов к лечению больных. Такой подход подменяет реабилитационную работу ПНД и способствует формированию «клубной системы», которая основывается на длительных поддерживающих формах терапии, что противоречит задачам психотерапевтических центров и экономической целесообразности.

Опираясь на наш опыт, рационален следующий вариант маршрутизации пациентов, нуждающихся в психотерапевтической помощи:

- пациент получает ее в психотерапевтическом кабинете поликлиники или у психотерапевта ПНД по месту жительства, в объеме первичной специализированной психотерапевтической помощи;

- в случае если больному необходимо оказать расширенную специализированную терапию, и он по своему психическому состоянию не нуждается в динамическом наблюдении в ПНД, то такой пациент врачом

психотерапевтического кабинета направляется по территориальному принципу в психотерапевтический центр;

- по завершении лечения в центрах пациент повторно направляется в психотерапевтический кабинет по месту жительства для дальнейшего наблюдения и поддерживающей терапии.

Имеющиеся возможности психотерапевтической помощи, связанные с совершенствованием ее организации, развитием сети психотерапевтических кабинетов, отделений и центров, психосоматических отделений, позволяют вернуть значительную часть пациентов к активной жизни [10.11].

Однако есть и такая особенность современного этапа развития психотерапии в России – это попытка отрыва психотерапевтического сообщества от психиатрии, подмены понятия психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств психокоррекцией и психологическим консультированием за счет активного внедрения во врачебное мышление и менталитет философско-психологических моделей психотерапии, в которых нет места биологическим методам лечения. Видимо поэтому врач-психотерапевт часто воспринимается не как врач, имеющий опыт и полноценную подготовку по психиатрии, методам и средствам биологической терапии психических расстройств, а как «вожатый» клуба пациентов по интересам, врач-психолог, что полностью противоречит нормативным документам и задачам по сохранению психического здоровья населения, стоящим перед психотерапевтической службой.

В этой ситуации происходит отход ряда специалистов от «медицинской модели» оказания психотерапевтической помощи (в которой основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию, психотерапевтические, психокоррекционные методы воздействия) и врач работает «клиническим психологом с врачебным дипломом».

Происходит «размывание границ» психотерапии, путем активного внедрения в практику врачей «психологического подхода» к больному, когда не реализуется нозологический принцип и биологическая терапия. Процесс лечения заменяется консультированием и использованием психокоррекционных индивидуальных и групповых техник.

Организационные изменения в психотерапевтической среде, развитие психологии и социальной работы привели к появлению многих общественных объединений, ассоциаций, союзов, как по профессиональному признаку, так и по различным направлениям психотерапевтической деятельности.

Набрали силу психотерапевтические сообщества, такие как Профессиональная психотерапевтическая лига, Российская психотерапевтическая ассоциация, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии, Гильдия психологов, психотерапевтов и тренеров им. В.А. Ананьева, Гильдия психотерапии и тренинга и многие другие.

В сложившихся обстоятельствах возрастает значение общественных организаций адекватно влияющих на процессы становления психотерапевтической помощи. Должны сформироваться и набрать силу саморегулируемые профессиональные организации и сообщества психотерапевтов реализующие на практике медицинскую модель специализированной помощи, разрабатывающие и утверждающие стандарты оказания психотерапевтической помощи при различных нозологических формах, осуществляющие контроль по использованию методов психотерапии.

В этой ситуации важно не забывать, что психотерапевт – прежде всего врач-психиатр, имеющий дополнительную психотерапевтическую подготовку. Он проводит лечение пациентов с психическими и психосоматическими

расстройствами, как с помощью биологических средств лечения, так и психотерапевтических техник.

Учитывая неадекватные современные тенденции в психотерапевтическом сообществе (стремление к внедрению «Австрийской модели» психотерапевтической помощи через психотерапевтические лиги), не следует допускать подмены психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств, проводимого врачом, психокоррекционными техниками, используемыми психологами и немедицинскими специалистами для решения психологических проблем в рамках психологического консультирования. Считаем, что данные вопросы должны регулярно обсуждаться в медицинском сообществе.

В связи с недостаточной подготовкой психотерапевтов по основной (базовой) специальности психиатрии, возможно, назрела целесообразность полноценного обучения каждого психиатра в рамках последипломного образования по психотерапии и отмене специальности врач-психотерапевт (по аналогии с подготовкой врачей в Германии, Израиле и других странах).

Понимая значение общественных организаций в развитии психотерапии, а именно организаций, объединяющих профессионалов, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, учитывая современную ситуацию, сложившуюся в психотерапевтическом сообществе, в 2016 г. образована «Профессиональная Медицинская Психотерапевтическая Ассоциация». Основные цели, которые ставит перед собой ассоциация:

- отстаивание и внедрение в практику психотерапии «медицинской модели» лечения больных;
- объединение врачей-психотерапевтов, психиатров, врачей психосоматического профиля, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер психотерапевтических подразделений, реабилитационных и психосоматических отделений;
- образовательная деятельность в части реализации дополнительных образовательных программ;
- содействие в защите прав членов ассоциации и пациентов.

Ассоциация состоит из самостоятельных сообществ: врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, деятельность которых координируется правлением.

Членами Ассоциации могут быть только физические лица – специалисты, участвующие в лечении психических и психосоматических пациентов и имеющие соответствующее подтверждение их профессиональной подготовки, а именно:

- врачи психотерапевты, психиатры, врачи психосоматического профиля;
- психологи, участвующие в лечебно-профилактических мероприятиях, лечебные педагоги;
- специалисты по социальной работе, социальные работники;
- средний медицинский персонал психотерапевтических и психосоматических подразделений.

Электронный адрес Профессиональной Медицинской Психотерапевтической Ассоциации: pmpaspb@mail.ru; адрес сайта: www.pmpaspb.org.

В сентябре 2015 года в Казани прошел XVI Съезд психиатров России и Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". В Резолюции делегатов Съезда перед отечественной психотерапией поставлены следующие задачи:

- Активно разрабатывать и внедрять эффективные модели психотерапевтической помощи лицам с психическими заболеваниями с

использованием стационарзамещающих форм, амбулаторного лечения и стандартизации психотерапевтической помощи.

- Не допускать к оказанию психотерапевтической помощи непрофессионалов и/или специалистов, использующих научно необоснованные методы, зачастую негативно влияющие на психическое здоровье и состояние человека.

- Обратиться в МЗ РФ с предложением о введении должности главного психотерапевта.

Таким образом:

- в настоящее время психотерапия приобрела существенное значение в лечении больных с психическими и психосоматическими заболеваниями;

- формируясь в рамках медицинской модели позволяет применять современные лечебные и организационные формы психотерапевтической помощи, которые направлены на реализацию биопсихосоциального подхода к лечению больных с психическими и психосоматическими заболеваниями силами полипрофессиональных бригад с использованием стационар-замещающих технологий, не подменяя деятельность ПНД;

- в связи с возрастающим влиянием общественных организаций на процессы становления адекватной психотерапевтической помощи, должны сформироваться и набрать силу саморегулируемые профессиональные организации психотерапевтов базирующиеся на медицинской модели оказания помощи лицам с психическими и психосоматическими расстройствами

Требуют решения следующие задачи по оптимизации психотерапевтической службы:

- создание организационно-методической структуры психотерапевтической службы;
- реформирование имеющихся подразделений психотерапевтической службы;
- разработка качественных и эффективных форм оказания психотерапевтической помощи пациентам с психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями, с преобладанием амбулаторных, стационарзамещающих форм лечения;
- приближение психотерапевтической помощи к населению на основе территориального принципа.

Список использованной литературы:

[1] Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»

[2] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 11 января 1993 г. № 6 "О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы"

[3] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.12.2002 г. № 420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»

[4] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»

[5] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г.

№ 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"

[6] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения"

[7] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. N 683н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных

заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях"

[8] Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России// Ж. . «Социальная и клиническая психиатрия» – №1, т. 22 2012г. С.5-19.

[9] Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи в России: организационно – методический аспект.//Ж. «Социальная и клиническая психиатрия» – №4 2005г. С. 12-17.

[10]Карвасарский Б.Д. Перспективы развития психотерапии в России//Материалы IV ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы». – СПб:ИМАТОН,2002.- С.3-9

[11]Карвасарский Б.Д. Психотерапия //Учебник для студентов медицинских ВУЗов, Питер, 2007 С. 342-347

[12]Курпатов В.И., Гладышенко А.В. Модель эффективного оказания психотерапевтической помощи // Интеграция и эволюция в психотерапии: достижения, актуальные проблемы и перспективы : сб. материалов конф. / под ред. В.И. Курпатова. – СПб. : Человек и его здоровье, 2015. – С. 25.

[13]Курпатов В.И., Гладышенко А.В. Опыт организации стационарзамещающих технологий на базе Психотерапевтического центра СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)» // Там же. С. 24.

[14]Курпатов В.И., Гладышенко А.В. Кризис или коллапс российской психотерапии // Вестник психотерапии - №57(62), 2016г. С.19-29

[15]Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь // Методические рекомендации ГУ «Санкт - Петербургский научно –исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗ РФ». СПб. 2014г. -24с.

[16] Тиганов А.С. Руководство по психиатрии Т.1. М.: Медицина. 1999. – С. 306.

[17] Лиманкин О. В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты): Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук: 14.01.06 - М., 2016. – 47 с.

Сведения об авторе

Курпатов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор, президент Профессиональной Медицинской Психотерапевтической Ассоциации, главный внештатный специалист психотерапевт Комитета по здравоохранению СПб, действительный член Петровской академии наук и искусств, заведующий психотерапевтическим центром СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер 7 (со стационаром)», заведующий психотерапевтическим отделением СПб ГАУЗ «Городская поликлиника № 81» (МАКСИМИЛИАНОВСКАЯ). E-mail: vikurpatov@mail.ru

НОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАЖДОГО ДНЯ И ВСЕЙ ЖИЗНИ.

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

Традиционно психотерапия рассматривается как краткое событие в жизни человека, зачастую нездорового и малоуспешного. И только биографии многих высокоэффективных и результативных, широко известных деятелей, повествуют о десятилетиях пребывания в психотерапии. Это и понятно, ведь только психотерапевт видит человека целиком, во всём многообразии и единстве био-психо-социо-духовной его организации. Только психотерапия располагает широким инструментарием: от ежедневной саморегуляции и сопровождении человека в его жизни, до построения персонального будущего человека, его семьи и даже грядущих поколений. А ещё – пониманием, что для развития и даже просто для выживания всего человечества нам важен тренд движения от человека разумного к человеку духовному. Именно так формулируется девиз нашей Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги – «*Ab homine sapientis ad hominem spiritualium*».

Психотерапию мы относим к помогающим профессиям. В области психического здоровья и психологического благополучия есть несколько помогающих профессий. Из них три начинаются на «Пси» и очень хорошо дополняют друг друга. Это – психология, психиатрия и психотерапия. Главная цель психологии – понимание человека. Главная цель психиатрии – диагностика и лечение психических нарушений. Главная цель новой психотерапии – преобразование человека и достижение им гармонии с собой и с миром и состояния счастья. У психотерапии четыре объекта приложения наших усилий: человек, семья, группа, общество в целом. Мы работаем с человеком на всех этапах его жизненного пути. Наши усилия направлены на лечение человека и на его развитие. Ведь наша основная цель – достижение состояния счастья и пребывания в его пространстве. Семейная психотерапия сегодня столь актуальна, семья переживает такой масштабный, не ведомый ранее кризис, что семейной психотерапией занимаются уже не только специализирующиеся на ней методы терапии – семейная психотерапия, семейная системная психотерапия, – но так же и другие методы психотерапии. Я не ошибусь, если скажу – большинство методов психотерапии предлагает работу с семьей. И основная цель нашей работы – достижение счастья всеми членами семьи. Работая с группами, мы используем технологии групповой психотерапии. Конечно, есть отдельные методы, специализирующиеся на групповой психотерапии – групповая психотерапия, групп -анализ, психодрама, системно-феноменологическая психотерапия (консультирование) и клиентцентрированные расстановки®; только и другие методы работают с группами. И глобальной целью этой работы является достижение переживания гармонии и счастья всеми членами группы. Работа со всем обществом для нас – достаточно новая область. Мы работаем через средства массовой информации, привносим в общество гуманистические ценности. Наша глобальная цель – прогресс и переживание состояния счастья всем обществом.

Наша ежедневная практическая деятельность привела к осознанию, что двоичная (психофизическая) и троичная (биопсихосоциальная) парадигмы понимания человека уже не могут удовлетворить запросы нашей практики. Необходима, по крайней мере, ещё одна составляющая. Сегодня понятно, что эта составляющая – духовность. В нашей работе мы применяем четырёхчастную био-

психо-социо-духовную парадигму понимания человека, группы, семьи, общества в целом. Понятно, что у каждого человека, каждого нашего клиента и пациента может преобладать одна из четырёх составляющих. Первая часть в этой системе – физиологическая, или биологическая. В человеке она представлена телом. Тело требует внимания. За ним нужно ухаживать. Оно растёт, развивается, болеет, стареет. Окружающие люди видят контуры нашего тела и то, что мы готовы показать: голову и лицо, шею и руки. Тело является нашей визитной карточкой. Именно по внешности судят о человеке. Тело болеет, и далеко не все болезни тела ограничиваются самим телом. Есть и психосоматические расстройства, есть и сомато-социальные заболевания. Да и сами заболевания тела протекают в зависимости от состояния других составляющих четырёхчастной парадигмы. Они очень зависят от психологического благополучия и психического состояния. Социальное самочувствие человека так же влияет на его тело. И, конечно, во многом определяет наше биологическое благополучие наше духовное состояние. Так, у многих профессиональных спортсменов и танцовщиков, людей физического труда преобладает биологическая составляющая. Впрочем, она особенно важна для всех людей. Ведь, по сути дела, именно биологическая составляющая является основной преградой для дальнейшего увеличения продолжительности жизни и даже реализации мечты человечества – бессмертия человека. Смертность нашего тела воспринимается в качестве единственного препятствия на пути к нашему бессмертию.

Вторая часть нашей организации – психологическая. У человека есть психика. Мы традиционно воспринимаем её как продукт нашего мозга, хотя это не вполне доказано. В свою очередь, мозг является самым сложным из всех известных объектов во Вселенной. И если этот самый сложный объект нарушен, то вернуть его в состояние нормы представляется очень трудной задачей. В этих ситуациях экологичнее предложить способы регуляции, чем лечебные вмешательства. Психологическая составляющая отвечает за наше психическое здоровье и психологическое благополучие. Мы располагаем интеллектом и эмоциональным интеллектом. Новейшее время – это время всё возрастающих психологических нагрузок. Именно они зачастую приводят к срывам адаптации и синдрому выгорания. Ряд нарушений психологической составляющей проявляется через самочувствие нашего тела и его заболевания. Эти нарушения являются психосоматическими. И лечить важно как телесную, так и психологическую составляющую. Другие нарушения проявляются через наше социальное функционирование. Может нарушаться гармония социального функционирования в семье, рабочем коллективе, государстве и обществе в целом. Духовные проблемы и кризисы так же отражаются на нашем психологическом состоянии и даже психическом здоровье.

Третья часть данной парадигмы – социальная. Мы живём в семье, группе, обществе. И очень зависим от социума. Ведь если в первые годы жизни человек лишён возможности постоянного общения с другими людьми, он не развивается как человек разумный. Общество постоянно стимулирует, контролирует нас, порою жестко навязывает свои правила. У каждого из нас складывается и развивается социальный интеллект. По нашим данным, каждый человек несёт в себе характеристики традиционной эпохи жизни человека в семье, группе и обществе; современной эпохи и новейшего времени. Как таковой, человек новейшего времени только складывается. Именно поэтому многие его характеристики изменяемы и даже управляемы. Человек традиционной и современной эпох – и есть человек разумный. А вот человек новейшего времени выходит за эти пределы. Именно человек сегодняшнего дня, вобрав в себя позитивные характеристики традиционной эпохи, нового и новейшего времени положит основу нового человеческого вида – человека духовного (*homo spiritualium*). Наша социальная жизнь предъявляет к нам

всё больше требований, и далеко не все люди справляются с всё возрастающими социальными нагрузками сегодняшнего дня. Рассматривая медицинскую сторону этой составляющей, важно отметить, что существуют социо–соматические расстройства и социо–психические нарушения функционирования и, конечно же, социо-духовные.

Четвертая часть – духовная. Как и каждая из частей, она может быть по-разному развита. Духовный интеллект мы называем мудростью. Важно осознавать, что двоичная (психофизическая) и троичная (био-психосоциальная) парадигмы понимания человека больше не могут удовлетворить запросы нашей практики. Конечно, люди с духовными запросами чаще обращаются к священнослужителям, а в нашей стране – ещё и к целителям, колдунам, шаманам. Только и к нам, психотерапевтам и консультантам люди с такими запросами обращаются всё чаще! Конечно, духовность – понятие и очень сложное, и очень субъективное, однако в нашей специальности мы обречены иметь дело с непростыми объектами и явлениями, поскольку областью нашей непосредственной профессиональной деятельности является сложный и субъективный внутренний мир человека. Поэтому, желаем мы того или нет, мы призваны в работе с нашими клиентами и пациентами учитывать их духовные запросы и потребности, всё больше заниматься их, а значит и своей, духовностью.

В области представлений о духовности в течение многих тысячелетий накоплен огромный, необозримый объём информации. Это наследие многих тысяч мыслителей всех континентов, эпох и народов. Лучших умов планеты! И, отдавая дань глобальности этого наследия, мы изучаем в нем в первую очередь то, что лежит в сфере наших профессиональных интересов. Нас интересуют психотерапевтические аспекты духовности, и, соприкасаясь с духовными аспектами запросов наших клиентов и пациентов, мы остаемся в границах нашей профессии – психотерапии. И, вместе с тем, понимаем, что в этой области мы делаем только первые шаги и, по сути дела, являемся учениками учеников. Сменяют друг друга ещё несколько поколений психотерапевтов, пока мы начнём уверенно чувствовать себя в этой области.

Духовность, изучением и развитием которой мы занимаемся, относится к светскому гуманизму, включающему духовность русской и советской интеллигенции, представления великой русской философии, достижения великих мыслителей различных религиозных школ, конфессиональные представления великих религий, духовные традиции Востока, концепции психологии и психотерапии. Духовная личность понимает смысл своей жизни и смысл смерти, и принимает их без страха. Причём физическая, психологическая и социальная составляющие у такого человека развиты и находятся в гармонии как друг с другом, так и с высшей – духовной – составляющей личности. Духовность позволяет выйти за пределы ограничений, налагаемых параметрами других составляющих личности, например, физических – врождённых аномалий тела и физических увечий; даже самой принадлежности к определенному полу; психологических – неуверенности, страха, тревоги, социальных – стремления к власти любой ценой или автоматическому подчинению, неоправданной пассивности и других. Человек духовный руководствуется целостной системой представлений о нашем мире и своём месте в мире. Человек с выраженным преобладанием иных уровней функционирования постоянно занят борьбой с дискомфортом, который приносит переживание неудовлетворенных потребностей; всё время такого человека посвящено удовлетворению потребностей или повышению уровня комфорта в своей жизни. И каждое повышение уровня комфорта приносит ему лишь краткосрочную радость приобретения и обладания.

Когда же мы видим нашу жизнь в её большей части или всю целиком, мы получаем удовольствие и радость не только от переживания физиологического

комфорта удовлетворённого или подавленного желания, а от выполнения своей миссии, продвижении к поставленной цели, просто от самой жизни. Физиологическое, психологическое и социальное удовлетворение гармонирует с духовным – это обеспечивает целостный подход к личности, семье, группе, обществу в целом.

Для каждой возрастной группы характерен свой ведущий духовный запрос. И, чем старше граждане нашей страны, тем больше представлены их запросы в области духовности. Часть этих запросов удовлетворяется, другие запросы не находят ответа и накапливаются. Или ответы могут носить суррогатный, маргинальный характер. В этих ситуациях духовное развитие может приостанавливаться, а духовные запросы – вытесняться. У такого человека ограничено пространство духовной жизни и духовных запросов. В выраженных случаях человек функционирует в троичной парадигме – био-психо-социальной. И пробуждение его духовности представляется отдельной, порою сложной задачей. Более того, непростой задачей является и пробуждение его интереса к духовной составляющей жизни.

Говоря о психотерапевтических подходах и технологиях, прежде всего важно отметить их крайнее разнообразие и необходимость серьёзного обучения каждой из них. В этой области каждый автор опирается на свои компетенции, на свой профессиональный опыт. Так, говоря о психотерапии каждого дня, важно осознавать, что за нашим психологическим состоянием, нашим психическим здоровьем важно ухаживать ежедневно, как мы это привычно делаем, или, по крайней мере, знаем как делать в отношении нашего тела. Важно каждый день создавать и поддерживать оптимальный уровень настроения. Важно мониторить нашу самооценку и не давать ей опускаться в результате отрицательной рефлексии; важно избегать вытеснения эмоций и накопления их в бессознательном; важно постоянно оценивать наш уровень работоспособности и избегать выгорания. И это только часть того, с чем важно постоянно работать в психологической составляющей человека. Важно обратить внимание, что если совсем недавно для большинства людей главной и наиболее ранимой была физическая составляющая, то теперь можно уверенно констатировать, что главной и наиболее ранимой являются психологическая составляющая и уровень психического здоровья. Для ежедневного использования особенно хорошо подходят аутогенная тренировка и медитативные практики. В частности, разработанная нами «Практика переключения, сосредоточения и погружения «Океан»». Подводить итоги каждую неделю помогают договорные отношения. Терапевтический договор позволяет клиентам и пациентам каждую неделю подводить итоги. Здесь же применимо и психологическое сопровождение. Таким образом, они еженедельно находятся в пространстве терапии. И, наконец, создание сценариев персонального будущего для человека, семьи, организации позволяет простроить будущее на много лет вперед, вплоть до завершения жизни, и даже для следующих поколений.

Подводя итоги, можно уверенно констатировать, что новая психотерапия предназначена и для того, чтобы с её помощью человек, группа, семья, общество в целом могли оптимизировать своё функционирование и достигать поставленные цели.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИИ.

Малютина Ю. А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, UFA.RKPC@doctorrub.ru

Аннотация: в статье рассматриваются теоретические аспекты развития депрессии.

Ключевые слова: депрессия, причины возникновения, факторы, теории возникновения депрессии.

Обращение к данной теме обусловлено тем, что в современном мире депрессивные состояния являются одной из важнейших проблем. Они часто воспринимаются как нормативное снижение настроения, познавательных процессов и двигательной активности, без придания им характера устойчивости и фактора снижения качества жизни человека. Большинство таких состояний не предъявляются как психотерапевтические мишени и остаются латентными для врачей и клинических психологов.

Соматические, физиологические или психологические состояния человека разнообразны и могут содержать в себе симптомы депрессии, однако, сами по себе они не являются депрессивными эпизодами. Депрессией можно считать, состояние, которое сопровождается патологически сниженным настроением, торможением интеллектуальной и моторной деятельности, а также соматоневрологическими расстройствами.

Депрессия с медицинской точки зрения это психологическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, витальных побуждений. При всем этом наблюдается пессимистически негативная оценка самого себя и своего положения в окружающей действительности. Продолжительность такого состояния должна быть не менее двух недель.

В некоторых случаях, депрессия может являться не только следствием болезни, но и результатом нарушения структуры личности, которое, в свою очередь, является одним из факторов способствующих появлению депрессии. Одним из таких нарушений личности является избегающее расстройство личности. Личности с таким расстройством характеризуется высоким уровнем робости, застенчивости и нерешительности. Они стараются активно избегать социальных контактов. И в разнообразных социальных ситуациях испытывают скованность и дискомфорт. У таких личностей ярко выражены: чувство собственной неполноценности, страх перед критикой в их адрес, неодобрением и неприятием их. Еще одним фактором развития депрессии, являются тревожные расстройства. К главным признакам тревожных расстройств относят страх и тревогу. Также депрессивные состояния могут вызывать и другие болезни, такие как, СПИД, инсульт, диабет и другие.

В большинстве случаев, как и при большинстве других психических заболеваний, точные причины возникновения депрессии не известны. На данный момент самой распространённой моделью объясняющей возникновение депрессии является биопсихосоциальная модель. Она объединяет в себе биологические, психологические и социальные факторы, которые рассматриваются, исключительно, только в совокупности.

Биологические факторы включают в себя наследственность, но она не так велика, как при других психических заболеваниях. Также к этим факторам относят теорию нейромедиаторов, согласно которой, болезнь может начаться из-за уменьшения или изменения деятельности нейромедиаторов. Эндокринная система также входит в эту группу факторов.

Социальные факторы включают в себя разводы, безработицу, траур, потерю имущества и другие.

Психологические факторы возникновения депрессии включают в себя ряд разнообразных теорий, таких как психоаналитические, когнитивные, когнитивно-бихевиористские.

Согласно психоаналитической теории, депрессия возникает при потере значимого “другого”, который при этом становится одновременно объектом любви и ненависти. В результате чего ненависть или гнев по отношению к утерянному человеку отрицается, что в свою очередь вызывает чувство вины, которое направляется во враждебность к себе. Помимо этого, разнообразные проблемы в межличностных отношениях могут способствовать развитию понижения самооценки, что приводит к депрессивному состоянию.

По когнитивной теории возникновения депрессии, человек, страдающий депрессией, развивает отрицательные мысли на трёх уровнях. Человек, согласно данной теории, видит себя лишёнными каких-либо достоинств и ни на что не годным человеком. Он видит окружающий мир жестким и вызывающим отвращение. Также, чувствует безнадежность по отношению к будущему.

Когнитивно-бихевиористская теория гласит о том, что для депрессивного больного характерна “ выученная беспомощность” и он не может справиться с тяжелой ситуацией.

Все эти и многие другие теории, ещё раз показывают нам, насколько многогранна и сложна эта болезнь. Депрессия — это заболевание, на появление которого влияет очень много факторов, и невозможно его анализировать, принимая во внимание только какой-то один из них.

Список литературы

1. Караваева Е.В., Социологическое исследование особенностей, степени выраженности тревоги и депрессии у лиц, перенесших стресс / Известия Томского политехнического университета. - 2010. - № 6.
2. Третьяк, Л.Л. Депрессия. Диагностика и методы лечения / Л.Л. Третьяк, Д.В. Ковпак — М.: Изд-во Наука и техника, 2011. - 320 с.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОЗДНЕМ ГЕСТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ.

Н.А.Марфина, Е.Р.Кунафина, М.А.Шабалкина, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа, erkunafina@mail.ru

Депрессивные нарушения периода беременности остаются важной медицинской проблемой отечественной и зарубежной медицины. Психическое и физическое здоровье человека начинается задолго до рождения, в частности, со здоровья матери. Хотя считается, что распространенность депрессии в течение беременности меньше, чем в послеродовой период, и составляет от 7-15% от числа беременных в экономически развитых странах до 19-25 % в более бедных странах [2,3], однако приблизительно половина так называемой послеродовой депрессии фактически начинается в течение беременности [1,2]. По сообщению M.Brettingham, депрессия в настоящее время является одной из двух главных причин смертельных исходов, связанных с беременностью среди женщин в Великобритании. Дородовая депрессия ассоциирована с преждевременными родами и более низким весом плода, она оказывает влияние на развитие ЦНС плода, а ее неблагоприятное влияние на рост и развитие ребенка продолжается, по крайней мере, еще 2 года после родов [5]. Депрессивные нарушения в период беременности диагностируются врачами не в полном объеме. По данным V.Smit (2013), врачи выявляют депрессивные признаки только у четвертой части депрессивных беременных, а из числа беременных, склонных к самоубийству, в женской консультации выявляют только 12%.

С целью изучения факторов риска дородовых депрессивных расстройств при позднем гестозе с помощью клинико-anamnestического и патопсихологического методов (ММРІ, ТОБ) обследовано 74 беременных повторно на разных сроках беременности и в послеродовой период. Депрессивные нарушения пограничного уровня были представлены депрессивными реакциями и состояниями и выявлены у 26 чел. (35%). К данной категории были отнесены женщины, у которых клинические признаки депрессивных нарушений были подтверждены повышенным значением шкалы 2 теста ММРІ (>70 Т-баллов), выявлялись гипернозогностические реакции по результатам ТОБ, клинически были выявлены картины смешанных тревожных и ипохондрических депрессивных реакций на патологию беременности. При обследовании у беременных с депрессивными нарушениями пограничного уровня удавалось выявить жалобы на постоянные болевые ощущения в течение настоящей беременности, плохое настроение в связи с этим, подавленность, тревогу, повышенную склонность к самонаблюдению, тщательную регистрацию малейших признаков телесного неблагополучия, нередко ухудшение самочувствия и настроения по утрам. Отмечался плохой и беспокойный сон с тоскливыми сновидениями, пониженный аппетит, отсутствие удовольствия от еды, чувство усталости от беременности, иногда безразличие к ее исходу. Некоторые из пациенток считали, что осложнения беременности не поддаются лечению, и ничего хорошего их не ждет, не верили в успех лечения и считали его напрасным, признавались, что устали от лечения, что врачи «попусту тратят на них время». Они сообщали, что дела близких перестали их волновать, что из-за болезненного состояния они стали в тягость своим родным, не способны хорошо учиться или работать, говорили о тревожных опасениях в связи с осложнениями беременности, думали о предстоящих страданиях, считали свое будущее печальным и унылым или выражали безразличие к нему. Данные нарушения сопровождалась критикой, комплаентностью пациенток и положительной реакцией на психотерапию. Депрессий психотического уровня среди обследованных пациенток не было.

При сравнении двух групп беременных – с депрессивными расстройствами (группа I, 26 чел.) и без депрессивных расстройств (группа II, 48 чел.) по ряду социально-демографических, клинических психологических характеристик были выявлены различия.

Средний возраст беременных группы I составил 31,7 лет, средний возраст группы II - 26,0 лет ($t=3,7$, $p<0,002$). Первородящих в группе I было 18 человек, первобеременных – 10 человек. В группе II – 29 и 27 человек соответственно ($p>0,05$). По характеристикам нукlearной семьи, особенностям семейного воспитания, уровню образования, условиям труда, материальным условиям семьи, наличию зарегистрированного брака, семейной поддержки, и запланированности настоящей беременности группы не различались ($p>0,05$).

Группа беременных с депрессивными нарушениями отличалась от группы беременных без депрессивных нарушений более поздним вступлением в брак и более поздним началом половой жизни ($t=2,3$, $p<0,05$), более высоким порядковым номером настоящей беременности, отягощенным акушерским анамнезом. Так, в группе I аборт в анамнезе встретился в 2,5 раза чаще, чем в группе II, самопроизвольные выкидыши - в 17 раз чаще ($t=2,6$, $p<0,001$). Группы отличались осложненным соматическим анамнезом. Сопутствующие заболевания, такие как гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония, язвенная болезнь в группе I обнаружены чаще, чем в группе II ($t=2,1$, $p<0,05$).

Настоящая беременность осложнилась гестозом первой половины беременности у 6 женщин группы I и 13 женщин группы II ($p>0,05$), угрозой прерывания беременности у 9 и 16 женщин соответственно ($p>0,05$), у всех обследованных развился поздний гестоз различных степеней тяжести, при этом по степеням тяжести позднего гестоза обе группы были однородны.

Полученные результаты показали, что депрессивные нарушения пограничного уровня являются распространенной патологией при позднем гестозе беременных. Данные расстройства не сопряжены с тяжестью позднего гестоза. Однако депрессивные переживания «психологически понятно» отражают содержание основной психогении – развившуюся на фоне отягощенного акушерского и соматического анамнеза патологию настоящей беременности, то есть являются преимущественно психогенными, а именно нозогенными. К факторам развития пограничных депрессивных нарушений при позднем гестозе следует отнести группу факторов, которая связана, как для врачей, так и для самой женщины, с факторами риска благополучного вынашивания беременности и исхода родов. Это такие факторы как соматическое и репродуктивное неблагополучие женщины, включая более поздний возраст старше 30 лет, осложненный акушерский и соматический анамнез, предыдущий опыт невынашивания беременности, самопроизвольные выкидыши в анамнезе, высокая сумма факторов пренатального риска.

Таким образом, полученные данные указывают на важность предложенного подхода к совершенствованию выявления факторов риска депрессивных нарушений у беременных с поздним гестозом, на необходимость дальнейшего, более глубокого их изучения, с возможностью использования результатов в профилактической и психотерапевтической работе.

Литература:

1. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60.
2. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med* 2003;33:1161-7.

3. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant medication. *JAMA* 2006;295:499-507.
4. M. Brettingham Depression and obesity are major causes of maternal death in Britain *BMJ* 2004;329:1205 (20 November), doi:10.1136/bmj.329.7476.1205
5. V. O'Keane, M. S Marsh, Depression during pregnancy *MJ* 2007;334:1003-1005 (12 May), doi:10.1136/bmj.39189.662581.55

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И САМООЦЕНКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Масягутова Ф.Ф., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, fayagul-masyag@mail.ru

В настоящее время увеличилось число тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью. Школа, составляющая социальную среду, в которой дети находятся в течение значительной части времени, нередко создает для них психологические трудности.

Понятие самооценки неразрывно связано с понятием тревожности младших школьников.

Тревожность - это свойство личности, характеризующее предрасположенность человека воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающих, и реагировать на них, чувством тревоги и беспокойства. Как взрослый человек, так и ребенок могут воспринимать некоторые ситуации как угрожающие физически, как угрожающие их потребностям их социальному статусу и самоуважению (самооценке). Например, публичная критика угрожает социальному статусу.

Тревога и беспокойство - негативные чувства. Тревога - чувство, скомбинированное из нескольких эмоций, и важной ее составляющей является страх.

Тревожность часто испытывают не только двоечники, но и школьники, которые хорошо и даже отлично учатся, ответственно относятся к учебе, общественной жизни, школьной дисциплине. Однако это видимое благополучие достается им неоправданно большой ценой и чревато срывами, особенно при резком усложнении деятельности.

Таким образом, изучение тревожности у детей является актуальной проблемой. Поэтому, темой работы является «Взаимосвязь тревожности и самооценки детей младшего школьного возраста».

Цель исследования: определить взаимосвязь между уровнем тревожности и уровнем самооценки детей младшего школьного возраста.

Объект исследования: психологические особенности детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования: взаимосвязь тревожности и самооценки у детей младшего школьного возраста.

Задачи исследования:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по теме исследования.
2. Проанализировать теоретический анализ проблемы психического и психологического здоровья детей и школьников.
3. Уточнить понятия психическое и психологическое здоровье детей и школьников младшего школьного возраста.
4. Рассмотреть особенности тревожности младших школьников и ее показатели.
5. Рассмотреть специфику самооценки в младшем школьном возрасте и выделить уровни самооценки.
6. Обобщить изученную тему.
7. Провести эмпирическое исследование влияния тревожности на самооценку младших школьников.
8. Подобрать методики для исследования взаимосвязей между самооценкой и тревожностью
9. Обобщить полученные результаты.
10. Оформить работу.

Методы исследования: теоретический анализ психолого-педагогической литературы, тестирование.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что самооценка детей младшего школьного возраста взаимосвязана с уровнем самооценки: высокому уровню тревожности соответствует низкая самооценка.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе «Теоретический анализ проблемы психического и психологического здоровья детей и школьников» были рассмотрены вопросы изученности проблемы по данной теме. Проанализированы понятия психическое и психологическое здоровье детей и школьников младшего школьного возраста. Рассмотрены особенности тревожности младших школьников и ее показатели, специфика самооценки в младшем школьном возрасте и выделены уровни самооценки.

Для изучения взаимосвязи успешности обучения, самооценки и уровня тревожности детей младшего школьного возраста, нам необходимо было раскрыть сущность этих явлений и дать их рабочие определения, на которые мы будем опираться в ходе нашего исследования. Таким образом, на основании вышеизложенных материалов теоретического анализа, можно сделать следующие выводы.

В нашем исследовании рабочим мы будем считать определение А.М.Прихожан: «эмоциональное состояние (ситуация тревоги) и устойчивая черта, индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги».

Объектом дипломного исследования стали психологические особенности младших школьников, исходя из этого нам необходимо раскрыть особенности данного возраста, акцентируясь при этом на феномене ведущей деятельности, так как именно она обуславливает протекание всех процессов в возрастном периоде.

Изучив психолого-педагогическую литературу по проблеме ведущей деятельности детей младшего школьного возраста, мы установили, что таковой для данного возрастного периода является учебная, которая опосредует всю систему отношений ребенка с внешним миром.

При анализе психологических особенностей явления тревожности в младшем школьном возрасте стало очевидно, что школьная тревожность - это специфический вид тревожности, проявляющиеся во взаимодействии ребенка с различными компонентами образовательной среды и закрепляющиеся в этом взаимодействии.

Также стоит уделить внимание специфике самооценки в младшем школьном возрасте. Благодаря обзору специальной литературы, мы определили, что в младшем школьном возрасте самооценка опосредует отношение ребенка к самому себе, интегрирует опыт его деятельности, общение с другими людьми. Эта важнейшая личностная инстанция, позволяющая контролировать собственную деятельность с точки зрения нормативных критериев, строить целостное поведение в соответствии с социальными нормами.

Во второй главе было проведено эмпирическое исследование взаимосвязи тревожности и самооценки у детей младшего школьного возраста на базе МОБУ СОШ с. Дорогино Уфимского района Республики Башкортостан от 7 до 9 лет.

В исследовании был использован комплекс методов и методик:

- 1) Эмпирические: тестирование по методикам:
 - а) исследование самооценки - Т.В. Дембо, С.Я. Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан);
 - б) тест тревожности - Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен;
 - в) исследование школьной тревожности - Б. Н. Филлипс;

3) Математико-статистические: обработкой результатов диагностик методом ранговой корреляции Ч.Э. Спирмена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ психолого-педагогической литературы по данной теме позволил определить состояние проблемы. Достаточно хорошо исследована сущность, выделены виды, структуры, особенности тревожности детей младшего школьного возраста.

Психологи отмечают, что характерной особенностью психического развития детей младшего школьного возраста (формирующееся чувство ответственности, «магическое мышления» и выраженной в этом возрасте внушаемости) является сочетание инстинктивных, магических и социальных страхов. Среди социальных ведущими являются страх несоответствия требованиям общества и страх смерти родителей.

В ряде случаев страх перед школой младших школьников лежит в области учебной деятельности: «боязнь быть не тем», страх сделать ошибку, боязнь получить плохую отметку, а также может быть вызван конфликтом со сверстниками, боязнью проявлений физической агрессии с их стороны. Особенно это характерно для эмоционально чувствительных, часто болеющих и ослабленных детей.

Для плодотворной работы, для гармоничной и насыщенной жизни определен уровень тревоги необходим. Тот уровень, который не изматывает ребенка, а создает тонус деятельности. Такая тревога не парализует, а активизирует его на преодоление препятствий и решение поставленных задач. Поэтому она несет название конструктивной.

Качество, определяющее тревогу, как конструктивную, — это способность переживать тревожную ситуацию, спокойно и без паники анализировать ее.

Чувство тревоги неотъемлемо сопровождает учебную деятельность ребенка в любой школе. Более того, вообще никакая активная познавательная деятельность человека не может обойтись без определенного уровня тревожности.

Тревожность, имея природную основу (свойства нервной системы), складывается прижизненно, в результате действия социальных и личностных факторов. Тревожность, страх, опасения, беспокойство, напряжение, нервозность и пугливость представляют собой последствия фрустрации потребности в безопасности

Обобщая полученные результаты, мы видим, что у учащихся 2-3 классов МБОУ СОШ с. Дорогино в количестве 60 человек:

У 22% (13 человек) высокий уровень тревожности; у таких детей развивается неуверенность в себе, в своих силах, формируется состояние постоянной повышенной тревожности, робость, они некомфортно чувствуют себя среди одноклассников, настороженно относятся к старшим.

У 36% (38 человек) средний уровень тревожности; такие дети адекватно реагируют на критику со стороны.

У 15% (9 человек) низкий уровень тревожности; у таких детей часто возникает чувство неуверенности, страха, апатии. В этой ситуации развития таланты и способности, которые у них есть, не будут развиваться, и могут вообще не проявиться.

Таким образом, в ходе эмпирического исследования было доказано, что корреляция между уровнем школьной тревожности и уровнем самооценки статистически значима и является прямой, т.е. чем выше уровень тревожности, тем ниже самооценка у младшего школьника и наоборот. Гипотеза исследования нашла свое полное подтверждение.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

ГАУЗ РБ ДПС «ТОЛПАР»

Минаева Т.А., ГАУЗ Детский противотуберкулёзный санаторий «Толпар» г.Уфа,
Tolpar-alkino-psy@mail.ru

На сегодняшний день содержание таких понятий, как «психоэмоциональное благополучие» и «качество жизни» достаточно размыто и не имеет чётких границ. Однако неоспоримым является тот факт, что это взаимосвязанные и взаимодополняющие друг друга явления.

По определению Всемирной организации здравоохранения качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Определяется оно физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека. Все составляющие важны и влияют на субъективное восприятие человеком качества жизни. Психоэмоциональное состояние человека играет в этом процессе значительную роль.

Неотъемлемой частью оценки эффективности медицинской услуги кроме клинических показателей жизнедеятельности является оценка психоэмоционального благополучия и качества жизни пациентов. Зарубежные и российские исследования свидетельствуют, что субъективные оценки своего состояния человеком в большинстве случаев совпадают с объективными характеристиками его здоровья. Однако именно субъективные оценки для человека имеют большую значимость, чем объективные показатели.

Опираясь на данный факт, в ГАУЗ РБ ДПС «Толпар» проводится оценка эффективности санаторно-курортного лечения больных по непосредственным результатам путём сравнения состояния их здоровья при поступлении в санаторий и в момент выписки после проведённого курса лечения.

Для определения психоэмоционального благополучия был выбран опросник состояний и настроений – тест САН, разработанный сотрудниками Московского медицинского института имени И.М. Сеченова. Он представляет собой карту (таблицу), которая содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность). САН нашёл широко распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц.

Для измерения качества жизни пациентов ГАУЗ Б ДПС «Толпар» был выбран один из наиболее популярных опросников в мире – PediatricQualityofLifeInventory - Peds QL™ 4.0 Generic Core Scales. Опросник состоит из 23 вопросов, распределённых по 6 шкалам: физическое функционирование, эмоциональное функционирование, социальное функционирование, школьное функционирование, психосоциальное функционирование, суммарная шкала, по которой проводится обобщённая оценка.

Для оценки динамики качества жизни и психоэмоционального состояния каждый ребёнок был опрошен дважды - до начала лечения в начале заезда и по его окончании в конце заезда. Далее были проанализированы результаты исходных уровней качества жизни и психоэмоционального состояния (при поступлении в санаторий) и их изменение после окончания курса санаторного лечения для каждого пациента в отдельности и для всех участников опроса в среднем.

Всего за период 2017-2018 годов в данном исследовании приняли участие 549 пациентов в возрасте от 8 до 15 лет. Анализ результатов проведённой работы показал, что по окончании курса санаторного лечения большинство пациентов отмечали улучшение состояния по всем шкалам. Данные оценки динамики приведены в таблице.

Таблица. Динамика эффективности санаторного лечения.

М-ка	Показатель	Результат в динамике % (кол-во человек)			Средние показатели		
		Полож.	Отриц.	Отсут.	Начало заезда	Конец заезда	Динамика
PedsQL™	Физическое функционирование	68% (372)	17% (95)	15% (82)	73,32	80,12	+6,8
	Эмоциональное функционирование	67% (365)	19% (105)	14% (79)	63,49	71,0	+7,51
	Социальное функционирование	56% (306)	18% (97)	26% (146)	77,38	83,67	+6,29
	Школьное функционирование	65% (357)	17% (92)	18% (100)	68,51	76,34	+7,83
	Психосоциальное функционирование	78% (426)	14% (79)	8% (44)	69,98	76,83	+6,85
	Суммарная шкала	84% (461)	13% (74)	3% (14)	70,59	77,74	+7,15
САН	Самочувствие	76% (415)	18% (102)	6% (32)	47,05	53,77	+6,72
	Активность	79% (436)	17% (91)	4% (22)	41,4	49,52	+8,16
	Настроение	73% (402)	19% (104)	8% (43)	49,93	55,24	+5,31

Покажем результаты наблюдений за указанный период графически.

Диаграмма 1

Диаграмма 2



Подводя итоги проведённого изучения субъективного качества жизни и психоэмоционального состояния пациентов нашего санатория, следует обратить внимание и на средние показатели, которые так же демонстрируют улучшение по всем шкалам опросников.

Наибольшее улучшение наблюдается по шкалам школьного (+7,83) и эмоционального (+7,51) функционирования опросника Peds QL™ 4.0, что говорит об

успешной адаптации пациентов и их психоэмоциональном комфорте. Это, в свою очередь, является неременным условием улучшения показателей по суммарной шкале качества жизни (+7,15). Анализ средних показателей опросника САН, так же указывает на положительную динамику состояния по всем шкалам. Так же представим данные наглядно в диаграмме.

Диаграмма 3

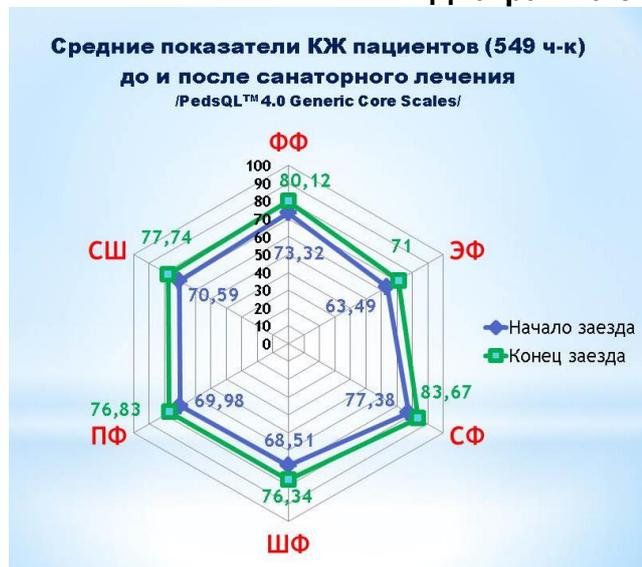


Диаграмма 4



На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что положительная динамика субъективного качества жизни и психоэмоционального благополучия по окончании курса санаторной реабилитации наблюдается у большей части пациентов.

Подводя итоги, необходимо отметить, что работа, о которой идёт речь в данной статье имеет важное значение. Она даёт возможность выявить особенности различных аспектов в жизнедеятельности пациентов и определить возможные направления деятельности по улучшению состояния здоровья. Результаты первичного анкетирования предоставляют возможность скорректировать индивидуальную программу реабилитации пациента в соответствии с полученными данными. Повторное же анкетирование является одним из критериев оценки эффективности санаторного лечения.

Литература:

1. А.А. Баранов. Изучение качества жизни в педиатрии // www.fictionbook.ru;
2. А.С. Проценко, Р.Э. Абишев. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни // www.sibac.info.ru;
3. Лучкевич В.С., Качество жизни и здоровье населения: электронный сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2014. – 351 с.;
4. Опросник «Самочувствие, активность, настроение» // Psyllab.info;
5. Конструктивная типология и психодиагностика личности. – Под ред. В.Н.Панфёрова. – Псков: Издательство Псковского областного института усовершенствования учителей, 1994г.

ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСТВОМ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ К УСЛОВИЯМ ГАУЗ РБ ДПС «ТОЛПАР»

Минаева Т.А., ГАУЗ РБ Детский противотуберкулёзный санаторий «Толпар», г.Уфа,
Tolpar-alkino-psy@mail.ru

Проблема кризиса адаптации сопровождала человека, наверное, с самого начала истории его существования. Его способность адаптироваться к новой среде и изменять эту среду в соответствии со своими потребностями сыграла решающую роль в процессе развития человечества в целом. И в современном мире мы очень часто сталкиваемся с явлением кризиса адаптации. Очень значима эта проблема для детей и подростков.

Сегодня существуют такие учреждения, сотрудники которых очень часто сталкиваются с этим явлением. Это детские учреждения оздоровительного отдыха – детские санатории. Особенно актуально это в детском противотуберкулёжном санатории «Толпар», так как период реабилитации пациентов в нём достаточно длительный, что связано со спецификой диагнозов.

Каждый месяц в санаторий приезжают новые дети. Многие из них – это дети из социально неблагополучных семей, либо дети из детских домов и приютов, испытывающие в процессе своего жизненного пути различные кризисы. Другие попадают в санаторий впервые и впервые уезжают из дома. Для таких детей сам факт отъезда является стрессом. В любом случае, попадая в учреждение временного пребывания, большинство наших пациентов сталкивается с кризисом адаптации к новой социальной среде, и испытывает на себе всё многообразие его влияний. Процесс сопровождается изменением знакомых условий жизни, к которым ребёнок не готов. Это угрожает привычным для него представлениям о себе, о мире, о своём месте в нём, его личным планам, делает окружающий мир непредсказуемым. Всё это часто лишает ребёнка чувства безопасности. Подобный выход за пределы «зоны комфорта», практически всегда влечёт за собой изменения в личности ребёнка. Адаптируясь, он развивается, и, в случае, успешной адаптации выходит на новую ступень своего развития.

Одни дети справляются очень быстро и практически не испытывают проблем в процессе адаптации. Другим бывает очень сложно и тяжело. Как же помочь им быстрее справиться с трудностями, сделать процесс менее болезненным и коротким? Как создать для них атмосферу психологического комфорта и доброжелательности? Как научить жить в ладу с собой в новых условиях в санатории, где нет любимых и родных близких людей? Это очень важная и не простая работа. Достаточно эффективно позволяет корректировать этот процесс арт-терапия, которая используется в психолого-педагогической работе санатория «Толпар» уже достаточно долгое время.

Арт-терапия или «лечение» творчеством сегодня очень популярны. Многие специалисты психолого-педагогического профиля в своей работе используют её различные направления. В санатории «Толпар» используются довольно распространённые её техники. Такие, как работа со сказками и метафорами, «лечение» музыкой, работа с фотографиями и видео материалами, игры с песком, «лечение» изобразительной деятельностью и другие виды. В работе с нашими пациентами методы арт-терапии особенно актуальны. Дети часто не могут описать своё эмоциональное состояние или существующую у них проблему при помощи слов. И тогда на помощь приходит терапия творчеством. Творчество – это неотъемлемая часть развития ребёнка, всегда обладающая огромной гармонизирующей силой. В процессе творческой деятельности ребёнок самовыражается и раскрывается, что способствует улучшению его психоэмоционального состояния и поведения.

Одним из популярных направлений арт-терапии является терапия изобразительной деятельностью. В ходе её ребёнок получает возможность дать социально приемлемый выход своим чувствам, эмоциям, в том числе и негативным. В рисунках всегда отражается то, что волнует больше всего, то, что важно. Дети рисуют свои мечты, желания, цели, проблемы, страхи и т.д. Они переживают их, прорабатывают в процессе рисования и находят варианты разрешения.

Кроме того, тот факт, что в процессе изобразительного творчества участвует личность ребёнка в целом, свидетельствует о том, что изобразительная деятельность тесно взаимодействует с его общим развитием. Считается, что рисование играет большую роль в согласовании межполушарных взаимодействий. Процесс изобразительной деятельности координирует правополушарное конкретно-образное и левополушарное абстрактно-логическое мышление. Рисование развивает и связывает между собой такие важнейшие функции, как зрение, воображение, речь, двигательная координация и другие.

Основная цель изо-терапевтических занятий в нашем санатории – это создание атмосферы психологической безопасности, коррекция психоэмоционального состояния, эмоциональная поддержка ребёнка. В качестве сопутствующей цели может выступать косвенная диагностика. В ходе работы детям предоставляется значительный простор в выборе темы и инструментов для деятельности. Дети самостоятельно решают, что и чем они будут рисовать. Они выбирают последовательность действий в процессе рисования. Когда речь идёт о групповом взаимодействии, за ребёнком остаётся право выбирать меру участия в нём. В качестве главной ценности выступает открытость и спонтанность в выражении собственных чувств и переживаний. Педагог-психолог и ребёнок сотрудничают как равноправные партнёры. Занятия нацелены на сам процесс творчества, а не на его продукт. Не используются оценочные суждения красиво – не красиво, правильно – не правильно и тому подобные. Главная ценность – это открытость и спонтанность в выражении собственных чувств и переживаний.

Занятия изо-терапией не имеют противопоказаний, они абсолютно безопасны и эффективны практически в ста процентах случаев. Особенно актуальным это становится в процессе адаптации к новой социальной среде в условиях временного пребывания в детском санатории. Попадание в новые социально-бытовые условия, смена привычной обстановки, привычного режима, отрыв его от родных и любимых людей – всё это одновременно в совокупности становится серьёзным стрессом для ребёнка. Занятия по изо-терапии в этом случае выступают в качестве спасительной «палочки-выручалочки», когда внимание переключается практически мгновенно, и он попадает в удивительный мир красок. Ребёнок с проблемами уходит от переживаний, чувства одиночества, страхов и тревожности. Негативные эмоции исчезают сами собой, им на смену приходят позитивные. Состояние улучшается, он как будто наполняется новыми силами. Становится увереннее и самостоятельно находит выход из сложной для него ситуации. У него формируется творческое отношение к жизни, умение видеть самые разные способы достижения целей. Ребёнок самовыражается и просто получает огромное удовольствие в процессе.

Подводя итоги практического использования различных техник терапии творчеством в условиях детского оздоровительного санатория «Толпар», можно с уверенностью отметить их значительную ценность. Основная их цель в условиях кризиса адаптации – несомненно, гармонизация психоэмоционального состояния ребёнка. Такой вид психолого-педагогической работы всегда очень интересен и он всегда положительно влияет на детей. В процессе «лечения» творчеством у детей исчезает напряжение, они успокаиваются. Это приводит к тому, что улучшается состояние их внутреннего мира и проблемные ситуации разрешаются сами собой, на бессознательном уровне. Кроме этого, повышается концентрация внимания,

снижается уровень тревожности, развиваются творческие способности. Регулярные занятия с детьми способствуют тому, что процесс адаптации у них проходит более «мягко» и безболезненно. В целом, в процессе работы формируется положительный эмоциональный фон, поднимается настроение, дети становятся более спокойными, и дисциплинированными.

Литература:

1. Юнг Карл Густав Человек и его символы М., из-во: Медков С.Б., 2012г.
2. А.И. Копытина, Е.Е. Свистовской «Арт-терапия детей и подростков», изд-во Когито-Центр, 2007г.;
3. Практикум по арт-терапии. Под редакцией Копытина А.И. – С-Пб.: Питер, - 2001 г.;
4. Лебедева Л. Д. Арт-терапия в педагогике // Педагогика. 2000. N 9.
5. Л. Д. Лебедева. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. - СПб.: Речь, 2003.

АРТ-ТЕРАПИЯ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЗАВИСИМЫХ И СОЗАВИСИМЫХ

Овчинникова Е.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, katerinaalechina@mail.ru

Термин «арт-терапия» означает лечение различными видами творчества с целью воздействия на психоэмоциональное состояние больного. Подразделяет арт-терапию на сублимационную, деятельную и проективную.

Также, выделяют четыре основных направления в применении арт-терапии:

1) Использование для лечения существующих произведений искусства путем их анализа и интерпретации пациентом (пассивная арт-терапия).

2) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арт-терапия).

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству. В литературе встречаются различные взгляды на механизм лечебного действия арттерапии — креативные, сублимативные, проективные представления, арттерапия как занятость и др.

Другими механизмами лечебного действия арт-терапии являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация становится результатом замены инстинктивного импульса человека визуальным, художественно-образным представлением. По мнению сторонников этой концепции, творчество как форма сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т. п.). Таким образом, снижается опасность внешних проявлений данных переживаний в социально нежелательной деятельности. С этих позиций творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в устной речи, а психотерапевту обеспечивает доступ к бессознательному.

Арт-терапия способствует прорыву содержания комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для больных, которые не всегда могут «выговориться»; выразить свои фантазии в творчестве легче, чем о них рассказать. Таким образом, облегчается процесс вербализации переживаний.

Помимо того, что арт-терапия является интересной, эмоционально окрашенной формой занятости, она также и способствует дополнительному общению больных между собой. Совместное творчество помогает пациенту глубже познавать мир другого человека и улучшает социальную адаптацию.

Показания к применению арт-терапии достаточно широки. На практике она может варьироваться от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа скрытых внутренних переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять арт-терапию к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах, в частности, к зависимым и созависимым.

В настоящее время в психотерапии зависимых и созависимых арт-терапия приобретает все большее значение.

Начальный этап занятий арт-терапией требует преодоления определенного сопротивления пациентов, обусловленного их смущением перед непривычным занятием. Данный этап важен с точки зрения перспективы психокоррекционного воздействия, поскольку это тесно связано с выработкой установки на дальнейшее лечение. От степени личного участия, активности пациентов и их вовлеченности в творческий процесс напрямую зависит в конечном итоге эффективность терапии.

Активное участие в арт-терапии является обязательным условием для членов группы. Начало арт-терапевтических занятий предваряется беседой, в ходе которой разъясняется роль арт-терапии в жизни группы, ее психокоррекционное воздействие и положительное влияние на зависимых и созависимых. Демонстрируются фотографии и видеозаписи предыдущих постановок.

После окончания каждого творческого занятия происходит обсуждение вклада участников в создание спектакля. Арт-терапевт может подключаться к обсуждению на общих правах, но чаще делает это в форме вопросов к участникам, поскольку интерпретации арт-терапевта воспринимаются остальными членами группы как «истина в последней инстанции» и могут сковывать участников. Таким образом, на первый план для арт-терапевта в ходе занятия выходит стимуляция творческой инициативы пациентов и последующее практическое использование информации, полученной в ходе занятия (как из творческих работ, так и из особенностей поведенческих реакций членов группы).

Арт-терапия пользуется популярностью среди зависимых и созависимых участников группы, хотя здесь и не приходится говорить о постоянной творческой активности. Именно личная эмоциональная вовлеченность пациентов в занятия, их индивидуальное восприятие и определяет в итоге позитивный терапевтический эффект. Представление о положительной роли занятий в процессе выздоровления обусловлено положительными эмоциями пациентов от впечатления о собственной деятельности, а также от общей установки на лечение. Лечебное воздействие арт-терапии усиливается психотерапевтическими групповыми эффектами:

- возможностью большего коммуникативного воздействия творчества на определенную тему (зависимости и созависимости);
- изменением самооценки самих участников;
- повышению их способности к преодолению фрустраций;
- катарсическим и катализирующим влиянием творчества.

Систематическое использование арт-терапии в целях психокоррекции зависимых и созависимых влечет за собой рост группового общения, развивает чувство групповой сплоченности, солидарности.

Таким образом, методы арт-терапии расширяют возможности психокоррекционного воздействия применительно к зависимым и созависимым.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Пермякова О.А., Лактионова Е.А., ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, кафедра психиатрии и
наркологии с курсом ИДПО БГМУ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrub.ru

В связи с расширением и доступностью психотерапевтической службы, пропагандой знаний по психологии и психотерапии пациенты с вялотекущей шизофренией нередко обращаются в ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ. Они избегают обращения к психиатру, т.к. опасаются попасть на учет и иметь связанные с этим ограничения, стигматизации, боятся, что факт обращения к психиатру станет известен окружающим и помешает адаптации.

Как правило, пациенты обращаются по настоянию родителей и приходят на прием вместе с матерью, отцом, иногда с обоими родителями. Поводом для обращения служит появление каких-либо симптомов (аутичность, проблемы с общением, депрессивное состояние и др.), либо проблемы нарушения адаптации (нарушение контактов со сверстниками, не работают, не учатся, не имеют друзей). Они настроены получать не только медикаментозное лечение, но и психотерапию.

В первую очередь необходимо установить диагноз, провести дифференциальную диагностику между шизофренией, расстройством личности, органическим заболеванием головного мозга, невротическим расстройством. Т.к. мишени и подходы к терапии будут различаться. В этом помогает экспериментально-психологическое исследование, позволяет выявить структурные нарушения мышления.

Обязательно проведение семейной терапии, которая может помочь всей семье снять стресс, обусловленный болезнью, установлением диагноза, выработать модели поведения, помогающие пониманию и поддержке пациента. Перед членами семьи также стоит задача осуществления контроля над процессом терапии. Родителям необходимо как можно больше узнать о шизофрении, чтобы понимать трудности и проблемы, связанные с этим заболеванием. Необходимо разъяснить суть болезни, основные симптомы, помочь людям узнать о том, как справляться с проблемами, и ознакомить с основными методами лечения.

В. Д. Вид (2008) к числу мишеней психотерапевтической коррекции при малопрогрессирующей шизофрении относит «искажения восприятия важнейших мотивационных структур, дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни». В качестве основных типов вмешательства в индивидуальном и групповом вариантах реконструктивной психотерапии указываются «эмоциональная поддержка, стимуляция, совет разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация».

На первом этапе психотерапии устанавливаем доверительный контакт с пациентом, формируем рабочий психотерапевтический альянс, помогаем сформулировать запрос на терапию. Это непростая задача, т.к. мотивация на лечение слабая, либо отсутствует вовсе, имеет место снижение критической оценки своего состояния. Предметом обсуждения является внутренняя картина болезни, в мягкой форме разъясняется суть заболевания, обсуждаются симптомы, социальные последствия психического расстройства, стремимся к повышению уровня критической оценки патологических нарушений. Изменение отношения к лечению является одной из важнейших задач на этом этапе. Мишенью психотерапии является снижение волевого потенциала, эмоциональные нарушения, проблемы общения. Активно используется арттерапия, когнитивно-поведенческая терапия, символдрама. Совместно с родителями и самим пациентом проводится активный поиск вариантов наибольшей адаптации.

Пациентам показана групповая психотерапия. В. М. Воловик и соавт. (1980) выделяют при малопрогрессирующих формах шизофрении несколько уровней задач и

соответствующих им форм групповой психотерапии. Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникации) осуществляется с помощью групп творческой активности (арттерапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др.), стимуляции психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение). Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) наряду с вышеуказанными используются методы функциональной тренировки поведения. В решении задач третьего уровня (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекции установок и отношений и оптимизации общения) требуются более сложные варианты коммуникативной психотерапии и проведение проблемно-ориентированных дискуссий. Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий.

Групповая терапия позволяет решить проблемы коммуникации, эмоциональной поддержки, помогает выработать и отточить навыки в ситуации «здесь и теперь». Но бывает сложно выработать устойчивый сеттинг, пациенты пропускают занятия в силу слабой мотивации на лечение и снижением волевой активности.

Таким образом, психотерапия при малопрогредиентной шизофрении является важной частью процесса лечения. Важно найти правильный баланс между биологическими и психотерапевтическими методами для каждого пациента. Лечение требует от врача, пациента и его семьи упорства, терпения и планомерности.

Литература

1. Вид В.Д. Психотерапия при шизофрении.-СПб, 1993.
2. Психотерапия: учебник под ред. Б.Д. Карвасарского – СПб, 2002.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ржанова С.О., Ефремов И.С., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ,
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, Уфа, efremovilya102@gmail.com

Аннотация: В статье представлены результаты исследования распространённости пограничных психических расстройств у студентов медицинского университета. Использовался Симптоматический опросник CL-90-R. Выявлено, что распространённость пограничных состояний составляет около 15%.

Ключевые слова: пограничные психические расстройства, студенты, опросник CL-90-R

Abstract: The article presents the results of studies of the prevalence of borderline mental disorders among medical university students. A symptomatic questionnaire CL-90-R was used. It is revealed that the prevalence of borderline mental states is 15%.

Keywords: borderline mental disorders, students, questionnaire CL-90-R

Актуальность. Пограничные психические расстройства личности (ППР) – это условное понятие, которое объединяет группу психических расстройств, характеризующихся неспецифическими психопатологическими проявлениями невротического уровня. Нарушения при ППР выражены меньше, чем при психотических расстройствах и граничат с нормой. Также стоит отметить, что пограничные состояния не являются начальными стадиями основных психозов [1].

В DSM-5 ППР характеризуется наличием таких признаков как: нестабильность межличностных отношений, образа Я, эмоциональная дисрегуляция (неспособность управлять своими эмоциями), выраженная импульсивность [5]. В Международной классификации психических болезней (МКБ-10) пограничные психические расстройства рассматриваются в разделах F4-F6 [2].

ППР чаще проявляются у лиц более молодого возраста, они представляют затруднение для распознавания врачами-психиатрами и часто остаются без внимания. Это связано с тем, что отдельные признаки пограничных состояний сложно отграничиваются от реакций здоровых людей, оказавшихся в стрессовых условиях [3]. Тем не менее, имеется необходимость в своевременном диагностировании пограничных расстройств, особенно у студентов, так как их деструктивный характер поведения приводит к эмоциональной и социальной дезадаптации, склонности к суицидальному поведению и неспособности наладить взаимоотношения [4].

Цель исследования: Выявить распространённость пограничных расстройств у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 948 респондентов, среди которых 77,1% (731/948) женского пола, 22,9% (217/948) мужского пола. Средний возраст респондентов составил 20,42 ±2,48 лет.

Использовался анонимный Симптоматический опросник CL-90-R. Данный опросник содержит 9 шкал: Соматизация (ощущение телесной дисфункции), Обсессивность-компульсивность (возникновение непреодолимых мыслей, импульсов, которые имеют принудительный характер), Межличностная сензитивность (чувство личной неполноценности), Депрессия (как отсутствие интереса к жизни, недостатка мотивации), Тревожность, Враждебность, Навязчивые страхи (фобии), Паранойяльные тенденции (подозрительность, напыщенность, страх потери независимости, иллюзии), Психотизм (избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни).

Результаты: При анализе данных было выявлено, что пограничные психические расстройства встречаются у 15% опрошенных (146/948). Чаще данное

состояние встречается у лиц женского пола 78% (115/146), чем у мужского 22% (31/146).

По шкале симптоматического опросника чаще среди пограничных расстройств встречается параноидность (паранояльность) 6% (57/948), самым редко встречающимся стала враждебность 3,3% (31/948). Распространённость ОКР и тревожности составила 4,2% (40/948), межличностной сензитивности 5,8% (55/948), депрессии 3,4% (32/948), навязчивых страхов 4,6% (44/948) и психотизма 4% (38/948). 59,5% (87/146) опрошенных показали признаки более одного пограничного состояния.

Также мы решили сравнить студентов младших и старших курсов по шкалам опросника. С помощью непараметрического анализа U-критерия Манна-Уитни была найдена статистически значимая разница между двумя сравниваемыми группами. Студенты младших курсов показали высокий результат по шкалам «Враждебность», «Параноидность», «Психотизм».

Заключение: В 15% случаев студенты показали наличие пограничных состояний. 59,5% имеют более одного проявления ППР, при этом самым частым проявлением стала параноидность. Студенты младших курсов в связи с низкой адаптацией имели более частые проявления враждебности, параноидности и психотизма. Данные носят предварительный характер.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Краткий психиатрический словарь. М.: РЛС-2009, 2008. — 128 с. Справочник издан Группой компаний РЛС
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина- 2000.- С. 5-9
3. Романов Д.В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности// Известия – 2014.-16 (5-4) С.1309-1311
4. Холмогорова А.Б., Климова И. Д. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности// Консультативная психология и психотерапия – 2014.- 2(81) С.153-167
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Pub; 2013.

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЛИЧНОСТИ С НЕВРОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Сафиуллина Е.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, Lenkasev@mail.ru

Внутриличностный конфликт - это один из самых сложных психологических конфликтов, который разыгрывается во внутреннем мире человека. Более того, с такими конфликтами человек сталкивается постоянно.

Внутриличностные конфликты конструктивного характера являются необходимыми моментами развития личности. Но деструктивные внутри-личностные конфликты несут серьезную опасность для личности, от тяжелых переживаний, вызывающих стрессы, до крайней формы своего разрешения - суицида. Поэтому для каждого человека важно знать сущность внутрилично-стных конфликтов, их причины и способы разрешения.

В реальной жизни происходит множество внутриличностных конфликтов. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные этому феномену, число внутриличностных конфликтов не уменьшается. Природа невротических расстройств изучена недостаточно. Большинство врачей признают их психогенный характер, однако выявление психотравмирующей ситуации связано со значительными трудностями, поскольку в большинстве случаев преобладают длительные, индивидуально значимые, не всегда заметные окружающим переживания. Иногда сами пациенты не могут полностью осознать суть имеющейся проблемы, поскольку в действие вступают механизмы психологической защиты. Гораздо тяжелее переживается ситуация внутри-личностного конфликта: конфликт с собственной совестью, противоречивые чувства неудовлетворенности ситуацией и одновременно боязни перемен, ситуация выбора, в которой каждое из решений приводит к невозможным потерям. Неврозами называют мягкие не психотические расстройства, вызванные длительными тяжело переживаемыми конфликтными ситуациями. Эти расстройства носят функциональный (неорганический) характер, обычно сопровождаются нарушениями в соматовегетативной сфере, при этом больные сохраняют критику, понимают болезненный характер симптомов, стремятся избавиться от них.

Хотя течение неврозов в целом благоприятное, их длительность может быть различной. В большинстве случаев наблюдается полное выздоровление. Однако нередко болезнь продолжается многие годы, больные вырабатывают патологические стереотипы поведения, как бы «сживаются с неврозом», подстраивают всю свою жизнь под требования болезни. В этом случае выздоровления не наступает. Подобное хроническое болезненное состояние обозначают как «невротическое развитие личности». А так как личность с невротическим расстройством живет чаще мыслями или только в прошлом или только в будущем имеет смысл ознакомиться с термином временная перспектива, чтобы раскрыть личность и ее внутриличностный конфликт.

Прошлое и будущее составляют два основных аспекта поведения. Будущее определяется настоящим, настоящее контролируется прошлым, прошлое, таким образом, создает ситуацию, когда будущее связывает ценности прошлого и настоящего. В дальнейшем этот термин своего ученика стал использовать К. Левин, он дал термину следующее, сходное, определение: «существующая в настоящий момент целостность видения индивидом своего психологического будущего и своего психологического прошлого». Человек имеет видение не только своего настоящего, но и определенные ожидания, надежды, опасения, желания, отнесенные в будущее. Вместе с тем временная перспектива включает в себя и психологическое прошлое человека. Впоследствии П. Фресс вводит

понятие «временной кругозор личности», который зависит от состояния психологического поля. Другие авторы, например, предлагали вообще отказаться от этого термина и использовать еще более общий термин «личностное время». Тем не менее, в данном исследовании используется понятие «временная перспектива», представляя достаточно интегративный и одновременно структурированный конструкт.

Временная перспектива становится темой множества исследований: она соотносится с социальным классом, возрастом, интеллектом, мотивом достижения, психопатологией. В результате под общим названием «временная перспектива» сгруппировались многочисленные исследования, посвященные различным аспектам психологического времени и выполненные с помощью разнообразного измерительного инструментария, тогда как исследования, направленные на изучение временной перспективы в собственном смысле, были названы работами по временной ориентации.

Влияние временной перспективы на актуальное поведение – главная проблема теории и исследования в области психологического времени.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 1: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ
Тимербулатова М.Ф., Юлдашев В.Л., Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.,
Ахмадеев Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, Уфа, ahmadeevr@yandex.ru

Актуальность. Интерес врачей-психотерапевтов, психиатров, а также медицинских психологов к экспериментально-психологической картине Интернет-зависимости в целом, а у детей и подростков - в особенности, связан с целой группой факторов, основными из которых является ее слабая изученность с одной стороны, и неудержимое нарастание – с другой. Свидетельством этому мнению служат многочисленные отечественные и зарубежные публикации, а также наш собственный клинико-экспериментальный опыт и наблюдения.

В первой части статьи мы предоставили результаты наших экспериментально-психологических исследований Интернет-зависимости у детей и подростков в возрастном аспекте, во второй – в гендерном.

Дизайн исследования. Работа выполнена на базе Республиканского клинического психотерапевтического центра МЗ РБ и кафедры психотерапии с курсом ИДПО БГМУ в 2017-2019 годы. В качестве наблюдаемых в исследовании приняли участие учащиеся 7-9 и 9-11 классов школ Илишевского и Караидельского районов и городов Уфа и Нефтекамск РБ. Всего в исследовании приняли участие 199 школьников (из них 124 юношей и 75 девушек, средний возраст 15,8 лет) на которых было выполнено 796 психометрических измерений.

Известно, что для диагностики и прогнозирования Интернет-зависимого поведения, а также аутоагрессивных тенденций до сегодняшнего дня не существует, специальных методик, поэтому мы применили психометрический метод «гибкой батареи», в которой в зависимости от цели и задач применяются различные тесты. Для оценки компьютерной зависимости нами был использован известный тест Юрьевой-Бальбот, для оценки аутоагрессивных тенденций – психодиагностика суицидальных намерений (ПСН) А. Кучера и опросник С.Г. Корчагиной, исследование личностных особенностей проводилось тестом «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку) и психоэмоционального состояния – по методике «Тревожность и депрессия» (ТиД). Анкетирование проводилось традиционным бланковыми методом, далее данные вводились в таблицы Excel и проходили статистический анализ, в ходе которого рассчитывались коэффициенты корреляции Пирсона (отмечено в скобках).

Результаты и обсуждение. У девушек младшей (7-9 классы) возрастной группы обнаружено 11 значимых ($p < 0,05$) корреляционных связей с Интернет-зависимым поведением. В этой группе обследованных преобладают риск суицида (0,325); тревожность (0,299); ригидность (0,283); фрустрация (0,281) и агрессивность (0,246).

У девушек старшей (9-11 классы) исследованной возрастной группы обнаружено 16 значимых ($p < 0,05$) корреляционных связей. Наиболее сильная корреляционная связь здесь обнаружена между Интернет-зависимостью с одной стороны, и следующими (в скобках – коэффициенты корреляции Пирсона) психопатологическими состояниями – с другой: фрустрация (0,547); тревожность (0,519); депрессия (0,500); риск суицида (0,485); ангедония (0,450); одиночество (0,403); ригидность (0,409); агрессивность (0,341).

При сравнении младшей и старшей обследованных групп девушек, обращает внимание увеличение количества значимых критических значений коэффициентов корреляции Пирсона и повышение их силы с возрастом. С Интернет-зависимым поведением усиливается связь, прежде всего таких психопатологических показателей как фрустрация, тревожность и депрессия, а также ангедония, одиночество, ригидность и агрессивность.

Иная картина критических значений коэффициентов корреляции Пирсона наблюдается в аналогичных возрастных группах у юношей. Так, в младшей юношеской группе (7-9 классы) с Интернет-зависимым поведением обнаруживаются 7 значимых ($p < 0,05$) корреляционных связей. Прежде всего, необходимо отметить дислоцированное одиночество (0,360); состояние одиночества (0,308); а также риск суицида (0,321) и тревожность (0,205).

В старшей группе юношей критические значения коэффициентов корреляции Пирсона Интернет-зависимого поведения с экспериментально-психологическими данными выглядят следующим образом. В более старшей возрастной группе их количество повысилось до 13. У старших юношей наиболее сильные корреляционные связи обнаруживаются со следующими психопатологическими проявлениями: депрессия (0,464); риск суицида (0,432); ангедония (0,394); негативная самооценка (0,377); тревожность (0,323); межличностные проблемы (0,295); фрустрация (0,289); ригидность (0,235). Таким образом, относительно младшей группы юношей, у старших наблюдается резкий рост значимых значений коэффициентов корреляции между Интернет-зависимым поведением и психопатологическими проявлениями.

Более ранние клинико-психопатологические исследования показали, что чаще всего Интернет-зависимое поведение встречается при таких пограничных психических расстройствах как смешанное тревожно-депрессивное расстройство, обусловленное расстройством адаптации; социофобиях; генерализованном тревожном расстройстве; обсессивно-компульсивном расстройстве; расстройстве типа зависимой личности.

До настоящего времени единой теории, объясняющей формирование Интернет-зависимого поведения, не разработано. Вместе с тем, факты неблагоприятного воздействия техногенных факторов на психическое здоровье человека хорошо известны еще с первой половины прошлого века, в этом ключе Интернет-аддиктивное поведение можно рассматривать как частный случай общей зависимости человека от техногенных факторов.

В самом схематичном виде механизм воздействия Интернета на психическое здоровье детей и подростков сводится к усилению процессов психофизиологической и психосоциальной дезадаптации с последующим ростом психопатологической симптоматики. Проблемное использование Интернета подавляет «живые» виды общения, усиливает социальную изоляцию и вызывает усиление психопатологических явлений.

К более конкретным факторам формирования Интернет-зависимости можно отнести нейропсихологические механизмы, связанные с депрессивными процессами, состоянием гиперактивности и рассеянного внимания в сочетании с депрессией, чрезмерной враждебностью и агрессивностью. Все эти признаки четко прослеживаются и в нашей работе.

С нашими данными также согласуется мнение других авторов о том, что наиболее уязвимой группой для возникновения Интернет-зависимого поведения являются именно подростки. Для них характерны снижение регуляторно-волевой сферы, повышенная импульсивность, сверхактивность на слабые провоцирующие стимулы, беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, трудность самоконтроля как над своим поведением, так и эмоциями, склонность к аффективному реагированию и повышенная личностная фрустрированность.

При рассмотрении Интернет-аддиктивного поведения интересно сопоставить его с аутоагрессивным поведением. Для детского и подросткового аутоагрессивного и суицидального поведения, прежде всего, характерны их очень сложный и многоплановый характер. Наиболее общей возрастной закономерностью детского и подросткового аутоагрессивного поведения является прогрессирование индекса самоубийств с возрастом примерно от 2,5 до 5 на 100 000 у детей 5-14 лет до 28,0

на 100 000 в 14-25 лет (Apter A. et al., 2009). В целом эти показатели аутоагрессивной активности мальчиков и девочек различных возрастных групп совпадают с нашими экспериментально-психологическими данными по возрастным аспектам Интернет-зависимости. При этом важной характеристикой детских и подростковых суицидов является значительная возрастная неоднородность факторов формирования и влияния. Так, если подросткам 10-14 лет характерны внешние, атрибутивные признаки, то на пике суицидальной активности, в возрасте 14-18 лет преобладают личностные проявления. Эти литературные сведения также хорошо согласуются с нашими результатами экспериментально-психологического исследования подростков на предмет формирования Интернет-зависимости.

В современных условиях развития и распространения цифровых информационных технологий их действие на психическое здоровье населения носит беспрецедентный характер. Взрывообразное развитие компьютерных и информационных технологий, коммуникаций, средств массовой информации, Интернета, гаджетов и т.д., не зависит от нашей воли или нашего желания, поэтому их вполне можно отнести к так называемым к экзогенным, неконтролируемым факторам формирования психопатологии, прежде всего, у детей и подростков.

По нашему мнению, усиление психопатологических проявлений Интернет-зависимости с возрастом достаточно корректно описывается моделью стресс-диатеза аутоагрессивных тенденций. Согласно этой модели, образованные в детстве под влиянием различных деструктивными и экстремальных условий патогенные факторы в более старшем возрасте вызывают образование аутоагрессивных и аддиктивных форм поведения.

Выводы

1. Количество и сила корреляционных связей между Интернет-зависимостью с одной стороны, и психопатологическими проявлениями - с другой увеличиваются в возрастной группе от 7-9 до 9-11 классов независимо от пола.

2. Формирование Интернет-зависимого поведения достаточно корректно описывается моделью стресс-диатеза, при этом определяется значительное сходство психопатологической картины между аддиктивным и аутоагрессивным формами поведения.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 2: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ
Тимербулатова М.Ф., Юлдашев В.Л., Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф.,
Ахмадеев Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, Уфа, ahmadeevr@yandex.ru

Актуальность. Формирование Интернет-зависимого поведения является достаточно сложным и сверхновым психосоциальным, психопатологическим и нейропсихологическим явлением, находящимся под мощным влиянием цифровых технологий. В силу вполне понятных причин, наиболее злободневным является распространение негативных влияний Интернета в детской и подростковой среде. Одним из актуальных аспектов формирования Интернет-аддикции у детей и подростков является ее гендерные особенности. Ниже представлены результаты экспериментально-психологического исследования у подростков 7-9 и 9-11 классов с учетом их гендерных различий.

Дизайн исследования представлен в первой части статьи.

Результаты и обсуждение. В младшей (7-9 классы) группе юношей найдено всего 7 значимых ($p < 0,05$) корреляционных связей Интернет-зависимости и ее психопатологических проявлений. Наибольшие критические значения коэффициентов корреляции Пирсона с Интернет-зависимостью обнаружены с дислоцированным одиночеством (0,360); состоянием одиночества (0,308); риском суицида (0,321) и тревожностью (0,205).

В аналогичной возрастной группе девушек 11 значимых ($p < 0,05$) корреляционных связей Интернет-зависимого поведения и психопатологическими признаками. Основные из них – риск суицида (0,325); тревожность (0,299); ригидность (0,283); фрустрация (0,281) и агрессивность (0,246).

У юношей старшего возраста количество значимых корреляционных связей 13. Наиболее сильные из них: депрессия (0,464); риск суицида (0,432); ангедония (0,394); негативная самооценка (0,377); тревожность (0,323); межличностные проблемы (0,295); фрустрация (0,289); ригидность (0,235).

И, наконец, у старшей группы девушек количество значимых корреляционных связей между Интернет-зависимостью и экспериментально-психологическими данными было максимальным и составило 16. Наиболее сильные из них фрустрация (0,547); тревожность (0,519); депрессия (0,500); риск суицида (0,485); ангедония (0,450); одиночество (0,403); ригидность (0,409); агрессивность (0,341).

Согласно результатам, у юношей младшей группы преобладают различные формы одиночества, риск суицида, а также тревожность, фрустрация и ригидность. У девушек той же возрастной группы наблюдается сходная корреляционная картина: риск суицида, тревожность, ригидность, фрустрация и агрессивность. Но здесь добавляются беспокойство, замкнутость и мнительность, значимых связей по этим признакам у юношей нет. Таким образом, отличительной особенностью для девушек 7-9 классов является более разнообразная по сравнению с юношами картина корреляционных связей между Интернет-зависимостью и психопатологическими явлениями.

Гендерные особенности у юношей и девушек старшей (9-11 классы) по исследованным признакам отличаются от младшей группы. Главное отличие заключается в том, что исследованные признаки по распределению практически полностью совпадают, различается лишь сила корреляционных связей: у девушек она больше.

Поскольку во всех исследованных группах обнаруживается положительная корреляционная связь между суицидальным поведением и Интернет-зависимым поведением, рассмотрим это подробнее.

Гендерные особенности суицидальной активности в подростковой и молодежной среде хорошо известны и показаны во многих работах, согласно которым аутодеструктивное поведение у юношей и девушек и формируется по различному пути, что в определенной степени объясняет значительную разницу в соотношении завершенных суицидов и суицидальных попыток по половому признаку. У девушек суицидальные тенденции более сформированы по сравнению с юношами, и носят более демонстративный характер, для юношей характерны более летальные методы самоубийства. У девушек зависимость самоубийств от субъективных оценок состояния здоровья, оптимизма и индекса индивидуализма слабее, у юношей - сильнее. Также следует отметить значительную степень сходства ареала неблагополучия среди юношей и девушек, что свидетельствует об отсутствии гендерной специфики факторов риска на экстремальных территориях.

Сходные закономерности гендерных различий в психопатологической картине Интернет-аддикций и аутоагрессивного поведения подтверждаются также нашими более ранними исследованиями. Картина корреляционных связей суицидальной активности и психосоциальных факторов у девочек значительно более яркая и пестрая по сравнению с мальчиками. Наиболее сильные положительные корреляционные связи у девочек были показаны между суицидальной активностью с одной стороны и такими психосоциальными факторами (по мере усиления) как враждебные взаимоотношения с сиблингами; проведение свободного времени в интернете; снятие нервного напряжения алкоголем; депрессивный характер матери; оценочное отношение к учебе; гипоопека со стороны родителей и их холодное взаимоотношение между собой; конфликты в семье. У мальчиков доминируют такие положительные связи суицидального поведения с психосоциальными факторами как вспыльчивый характер отца, воспитание вне семьи и положение изгоя среди сверстников, то у девочек аналогичные связи преобладают в семейной сфере, и прежде всего – взаимоотношения с родителями, а также взаимоотношения между родителями.

То, что цифровые технологии существенно меняют эмоционально-мотивационную сферу человека практически единодушно. Это мнение полностью согласуется с нашими данными, представленными выше, а также в первой части статьи. Интернет-зависимое поведение, как и другие формы аддиктивного поведения, имеют ряд достаточно типичных психологических характеристик, среди которых наиболее показательными являются общая эмоциональная неустойчивость, способность одновременно переживать полярные эмоции, легкая возбудимость, тревожность, склонность отделять телесность от ментальности, разделять эмоции и интеллект, изолировать собственные переживания, тенденция к чрезмерному контролю своих побуждений. Из-за развития таких личностных качеств возникает дефицит коммуникативных способностей, что компенсируется Интернетом, который облегчает задачу общения. По нашему мнению, наиболее известной и признанной парадигмой, отражающей роль эмоций в регуляции поведения, является теория функциональных систем (ТФС) П.К.Анохина. Рассмотрение психических нарушений в свете ТФС показывает, что множество различных признаков, таких как нарушения процессов восприятия, аффективные расстройства, ухудшение внимания и памяти, двигательные расстройства, снижение способности к планированию и регулированию целенаправленного поведения и т.д. однозначно указывают на нарушение функциональной системы управления. Мы полагаем, что исследование подростков с аутоагрессивными и аддиктивными наклонностями может быть наиболее успешными с использованием подходов, предлагаемых ТФС, поскольку при них нарушаются такие ключевые механизмы системогенеза, как принятие формирование программы действий, решений, реализация поведения.

Выводы

1. Во всех исследованных группах обнаруживается положительная корреляционная связь между суицидальным поведением и Интернет-зависимым поведением.

2. В младшей группе обследованных обнаруживаются более выраженные гендерные различия корреляционных связей между Интернет-зависимостью и психопатологическими явлениями.

3. Гендерные особенности у юношей и девушек старшей по исследованным признакам отличаются от младшей группы, здесь исследованные признаки по распределению практически полностью совпадают, но сила корреляционных связей у девушек больше.

О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ СЕМЕЙ ПО ФАКТУ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Хох И.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, irina.xox@yandex.ru

Суицид относится к стрессогенным жизненным событиям, представляя угрозу жизнедеятельности, приводит к невосполнимым потерям, ощущается близкими как катастрофа, предъявляющая требования, превышающие адаптивный потенциал близких суицидента.

Исследователи из разных стран отмечают рост проявления самоповреждающего и суицидального поведения в подростковой среде, что объясняется спецификой взросления современных подростков, обусловленной интенсивным развитием коммуникативно-информационных технологий, усилением социального интереса и к культурно-санкционированным формам рискованного поведения (например, татуаж), к получению разовой популярности в сети, появлением новых форм психопатологий.

Самоубийство – испытание на прочность функционирования семейной системы. В связи с этим, сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности и (или) семьи к самопомощи. Условно можно сказать, что в процессе психологического сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справиться со своими жизненными трудностями».

Логично разделить обсуждаемый вопрос о психологическом сопровождении семей по акту суицидальной попытки несовершеннолетнего и завершенного суицида ребенка/подростка, а также на организационные и содержательные компоненты процесса психологического сопровождения.

I. Парасуицид

Самоповреждение – одна из форм неадаптивных копинг-стратегий. Направленность психологической помощи предполагает, что ряд факторов (семейные конфликты, отсутствие эмоциональной согласованности членов семьи, насилие) могут разрушить связь между ребенком и родителями, что и является основой для формирования различных форм малоадаптивных и неадаптивных копингов.

В случаях самоповреждающего поведения у подростков изменения в семейном функционировании начинаются, вероятно, еще до самого этого факта. А в случаях самоповреждающего поведения ребенка повышается внимание к нему, усиливается контроль за поведением. В некоторых случаях с целью предотвращения самоповреждений у сына или дочери, родители избирают непродуктивные воспитательные стратегии, основывающиеся на запретах или попустительстве. При этом повышается уровень конфликтности в семье, игнорируются эмоциональные потребности других членов семьи, в том числе сиблингов.

Контроль и регулирование поведения подростка после незавершенного суицида со стороны родителей может привести к укреплению склонности по возложению на других ответственности за свою жизнь.

Нередко у суицидентов дисфункциональные семьи при внешнем благополучии, они отличаются ригидностью, неорганизованностью, неразвитыми навыками решения проблем, нечеткостью разделения ролей домочадцев, размытыми границами поколений (Например, папа советует сыну «не слушать женщин», а мама с дочкой высмеивают увлечение отца спортом или рыбалкой. Часто возникает союз ребенка и «доброй бабушки» против «вредных родителей»,

которые воспитывают, требуют и запрещают» и т.д.). Но это не делает их «фатально» суцидогенными.

По исследованиям ученых треть детских попыток самоубийства происходит в семьях, уже имеющих историю суицида близких родственников, либо в семьях, где произошла смерть, расставание, это кризисные семьи, переживающие горе.

Целью психологического сопровождения выступают разрешение внутрисемейных конфликтов, построение доверительных отношений между подростком и родителями, при которых они оказываются снова включенными в его жизнь. Родителям необходимо осмыслить, что подросток использует предполагаемую смерть как часть своих механизмов адаптации, понять и поддержать его в разрешении возникших проблем.

II. Завершенный суицид

Переживание потери ребенка является наиболее тяжелым горем потому, что родители вместе с ребенком теряют и свое «завтра». Некоторые психологи сравнивают гибель ребенка с двойной смертью: с одной стороны, это реальная потеря, с другой – разрушение надежд относительно своего ребенка и своего будущего.

После завершеного суицида подростка ухудшается сплоченность семьи (эмоциональная связь) и адаптация. Меняются взаимоотношения членов семьи, начинают происходить изменения в её структуре.

Родными и близкими суицидента испытывается сложная палитра эмоций и чувств, включающая: шок, вину, гнев, чувство одиночества, отрицание, безнадежность, отвержение, замешательство, чувство позора, обиды, унижения, несостоятельности.

Описывая свои эмоции, родные суицидента нередко используют телесные эквиваленты (например, «В груди как будто острый камень»), что характерно для депрессии и психосоматических стрессогенных расстройств.

Близкие суицидента уязвимы к развитию посттравматического стрессового расстройства, соматических болезней, психического расстройства, депрессии, злоупотребления психоактивными веществами.

В отдельных случаях, после смерти подростка, может возникнуть чувство облегчения, если отношения с ним были напряжены его «невозможным поведением», после многократных суицидальных попыток, отказа от помощи вследствие мучительных душевных и/или телесных недугов.

Возможны конфликты в семье из-за различий в стратегиях совладания с горем. Так, уход в работу отца может рассматриваться как невнимание, бесчувствие. Люди избегают раскрывать чувства, боясь, что еще больше огорчат других, отдаляются друг от друга. Молчание позволяет сдержать взаимные обвинения, но лишает взаимной поддержки.

В отличие от переживаний смерти по «естественным» причинам, для близких суицидента типичен вопрос смысла, мотива неожиданной смерти. Мучительные вопросы родителей: Что могло его остановить? Как дальше с этим жить? Почему он это сделал? Кто виноват? Вдруг это повторится?

Бремя потери усугубляют стигматизация и самостигматизация, которым подвергаются близкие суицидента, нередко причины смерти члена семьи скрываются от окружающих.

Стигматизация (от греч. «стигма» - клеймо) – сокрытие от общества наличия «порока», особенности ситуации, которая по каким-то параметрам вызывает осуждения у окружающих.

Самостигматизация – когда человек с позиции усвоенных или культурных норм, вследствие особенностей личности, неадекватного восприятия этого, наносит себе «клеймо», изменяя мысли, чувства, поведение.

Близкие суицидента утрачивают «право жить без печати самоубийства». У горющего возможно ощущение: «На мне огромный плакат: мой сын-самоубийца». Трагедия умалчивается и скрывается, как психический недуг. Семейная тайна препятствует открытости родственных связей. Если окружающие причисляют суицидентов к «ненормальным», семьи последних тоже попадают в их число. Большинство близких суицидента не получают своевременной и адекватной психологической помощи, ее поиск затруднен и самостигматизацией.

Суицид в семье становится образцом подражания – близкие жертвы входят в группу риска суицида, как «окончательного решения» типовых жизненных тягот, особенно при романтизации образа погибшего.

В оценочной шкале Холмса-Рагге потеря ребенка оценивается более тяжелой, чем смерть брата/сестры. Дежурное замечание знакомых семьи суицидента «Какой ужас для твоих родителей» обесценивает ребенка, оставшегося в живых, его чувства игнорируются, такие дети чувствуют себя заброшенными. Такие дети испытывают тоску, поглощены мыслями об умершем, с трудом принимают факт смерти сиблинга.

Близкие по возрасту братья и сестры особенно подвержены депрессии, страдают от недостатка внимания ушедших в горе взрослых. Страх за жизнь «выжившего» ребенка ведет к гиперопеке или всепрощению. Испытание делает подростка терпимее, взрослее, но чрезмерная эмпатия суициденту может быть обусловлена склонностью к суициду.

Типичным для близких суицидента является неспособность смириться, чувства отторжения умершим. Они ищут объяснение причин самоубийства. Возможны враждебность на психолога, педагогов, врачей, гнев на немилосердную судьбу.

У матерей погибших подростков разрешение более выраженного дистресса в течение полугода происходит медленнее, чем у отцов жертв, но у них выше риск хронификации состояния. Через 2 года выявлены признаки ПТСР у 21% матерей и 14% отцов суицидентов (Е.В. Борисоник, Е.Б. Любов, 2016).

Заключение: Семья, где произошел суицид несовершеннолетнего, находится в группе риска возникновения суицидального поведения, соматических и психических расстройств. При психологическом сопровождении следует детально изучить адаптивные и дезадаптивные механизмы совладания с возникшей проблемой и выстроить динамику психосоциального восстановления внутрисемейных связей.

Литература:

1. Алавердова Л.Л. Помощь семье покончившего с собой: личный опыт, трудности и возможности // Суицидология. 2015. Том 6, № 2 (19). С. 64-66.
2. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 25-41.
3. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. М.: Изд-во Когнито-Центр, 2001. С. 270–352.
4. Ипатов А.В., Шишигина Т.Р. Аутодеструктивные проявления личности подростка // Вестник Санкт-петербургского университета. Серия 12 Клиническая психология. Вып. 1. 2013. С. 40-51.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА.

Цыганов М.И., Калугина Н.Е, Авдеева Е,Л. ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа,
UFA.RKPC@doctorrub.ru

В современном мире идет стремительное развитие цивилизации. Человек ежедневно испытывает глобальный информационный, психологический и другие виды стресса. Это ведет к увеличению нагрузки на организм, и как следствие происходит срыв его адаптационных механизмов. Это срыв проявляется заболеваниями, масштаб и число которых с каждым годом увеличивается в геометрической прогрессии. Борьбу с этими заболеваниями в частности и на этапе их клинического проявления ведет врач. Ни для кого не секрет, что эффективность лечения зависит не только от степени корректности назначенного им комплекса лечения, но и от степени приверженности (комплаентности) пациента к предлагаемой терапии. Самовольное отхождение от схемы лечения, то есть низкая комплаентность, может привести не только к снижению эффективности лечения, но и усугубить протекание болезни. В ходе нашей работы мы попытались выяснить, какие факторы повышают, а какие понижают комплаентность.

Цель нашей работы заключалась в попытке выявить факторы, влияющие на уровень комплаентности.

Проведенные исследования уровня приверженности к лечению показали, что на уровень комплаентности влияет целый ряд факторов, первым из которых является осознание и признание пациентом наличие и серьезности болезни и необходимости ее лечения. Пациенты кардиологического отделения обладают более высоким уровнем комплаентности, нежели пациенты психотерапевтического направления. Пациенты психотерапевтического направления имеют более беспечное отношение к своему заболеванию. Это можно объяснить тем, что они не сознают всю серьезность своего заболевания. Причина высокой комплаентности среди пациентов кардиологического отделения состоит в том, что у них присутствует страх за сохранность собственной жизни в случае отхождения от схемы лечения, из чего можно сделать вывод об осознании ими всей серьезности протекающего у них заболевания. Также оказывает влияние и уровень образованности образования, выяснилось, что части пациентов истоками низкой приверженности к лечению являются не знание особенностей приема тех или иных лекарственных препаратов. В этом прослеживается ошибка медицинского персонала, рекомендации которого не были адаптированными к интеллектуальному уровню и уровню образования пациента. Значительное влияние на комплаентность оказывают и психологические особенности пациентов. Отмечено снижение ее уровня у людей с плохой памятью, «нетерпеливых», с невысокими волевыми качествами. Кроме того, часто самостоятельный отказ от предложенной схемы лечения наблюдается при появлении побочных эффектов от применяемых лекарственных препаратов.

Не последнее место занимает и социально-экономическое положение пациентов. При низком социальном статусе, а также затруднительном финансовом положении идет снижение уровня приверженности к лечению.

Среди факторов, влияющих на приверженность к лечению необходимо отметить семейное положение пациента. Замечено, что отсутствие семьи, или непонимание близкими серьезности заболевания, повышает риск отказа пациента от лечения. А наличие понимания близкими болезни и необходимости лечения, напротив, повышает как комплаентность, так скорость выздоровления пациента.

Одна из самых главных причин влияющих на уровень приверженности к лечению является профессионализм врача. В ходе формирования комплаентного поведения пациента существенную роль играют не только профессиональные качества врача,

отвечающие высоким требованиям, но и его личностные характеристики: дипломатичность, доброжелательность, организованность, прямолинейность, умение объяснить сложные механизмы болезни и лечения доступны, для понимания пациента языком. Резкий отрицательный отклик нашли такие качества, как эгоцентризм, меркантильность, деспотичность. Не стоит забывать, что не последнюю роль в повышении приверженности к лечению играет и авторитет врача.

Таким образом, что значительную роль в формировании комплаентного поведения пациента играет осознание им серьезности заболевания и необходимости лечения. При объяснении больному назначенной схемы лечения необходимо ориентироваться на уровень его образования и интеллектуального развития. Не последнюю роль в наличии или отсутствии приверженности к лечению играют психологические особенности пациента, а также, насколько сильно имеющаяся проблема снижает уровень комфортности существования. Одну из ведущих ролей играет осознание пациентом серьезности проблемы и уровня желаний ее излечения. Возраст и пол пациента род также играют роль, замечено, что мужчины чаще забывают принять вовремя лекарство, чем женщины того же возраста. Также наблюдается особенно низкая комплаентность среди мужчин моложе 35 лет, и старше 70 лет. Но одной из ведущих причин в успехе в лечении является установление доверительных отношений между врачом и пациентом. Как правило, при таком подходе к общению с пациентом, идет увеличение степени понимания им инструкций и рекомендаций, даваемых врачом, и как следствие, повышение уровня комплаентности.

Первый класс школы - один из наиболее тяжелых периодов в жизни детей. При поступлении в школу на ребенка влияет и классный коллектив, и личность педагога, и изменение режима, и непривычно длительное ограничение двигательной активности, и появление новых обязанностей.

Что такое адаптация?- это привыкание ребенка к новым школьным условиям. С первых дней в школе - работа в достаточно напряженном режиме и новая жесткая система требований. К школе ребенок адаптируется от 2-3 недель до полугода. Это зависит от многих факторов: индивидуальных особенностей, типа учебного заведения, уровня сложности образовательных программ, степени подготовленности ребенка к школе и т.д.

Ребенка, пришедшего впервые в школу, встретит новый коллектив детей и взрослых. Он учится устанавливать контакты со сверстниками и педагогами, учится выполнять требования школьной дисциплины, новые обязанности, связанные с учебной работой. В ответ на новые повышенные требования первоклассника в периоде адаптации могут появиться жалобы детей на усталость, головные боли, появляется раздражительность, плаксивость, нарушение сна. Снижаются аппетит детей и масса тела. Случаются и трудности психологического характера, такие как, например, чувство страха, отрицательное отношение к учебе, учителю, неправильное представление о своих способностях и возможностях.

Описанные выше изменения в организме первоклассника, связанные с началом обучения в школе, некоторые зарубежные ученые называют "адаптационной болезнью", "школьным шоком", "школьным стрессом".

Опыт показывает, что не все дети готовы к школьным условиям. Некоторые первоклассники, даже с высоким уровнем интеллектуального развития, с трудом переносят нагрузку, к которой обязывает школьное обучение. Для многих первоклассников, и особенно шестилеток, трудна социальная адаптация, так как не сформировалась еще личность, способная подчиняться школьному режиму, усваивать школьные нормы поведения, признавать школьные обязанности. Следует отметить, для мам: год, отделяющий шестилетнего ребенка от семилетнего, очень важен для психического развития, потому что в течение этого периода у ребенка формируется произвольная регуляция своего поведения, ориентация на социальные нормы и требования. В это время формируется новый вид психической деятельности – «я – школьник».

Выделяют три группы по степени адаптации детей.

Первая группа – дети, которые адаптируются в течение первых двух месяцев обучения. Они относительно быстро осваиваются в школе, приобретают новых друзей. Отмечается хорошее настроение, они спокойны, доброжелательны, добросовестны и без видимого напряжения выполняют все требования учителя. Иногда у таких детей все же отмечаются сложности либо в контактах с детьми, либо в отношениях с учителем, так как им еще трудно выполнять все требования правил поведения. Но к концу октября трудности, как правило, преодолеваются, ребенок полностью осваивается и с новым статусом ученика, и с новыми требованиями, и с новым режимом.

Вторая группа – для этих детей период адаптации затягивается: они теряются в новом окружении, не могут длительное время сблизиться с одноклассниками, чувствуют себя одиночками. Такие школьники могут играть на уроках, выяснять отношения с товарищем, они не реагируют на замечания учителя или реагируют слезами, обидами. Как правило, эти дети испытывают трудности и в усвоении

учебной программы, лишь к концу первого полугодия реакции этих детей становятся адекватными требованиям школы, учителя.

Третья группа - дети, у которых социально-психологическая адаптация связана со значительными трудностями. У них отмечаются негативные формы поведения, резкое проявление отрицательных эмоций, они с большим трудом усваивают учебные программы. Именно на таких детей чаще всего жалуются учителя: они "мешают" работать в классе.

Как помочь ребенку адаптироваться к школе? Адаптируясь к школе, ребенок мобилизуется. Стоит напомнить, что степень и темпы адаптации индивидуальны, поэтому каждому ребёнку требуется помощь и большое терпение со стороны всех окружающих взрослых (родителей, а также бабушек и дедушек).

Для детей важна не только моральная, но и эмоциональная поддержка. Их следует не просто хвалить (и поменьше ругать, а лучше вообще не ругать), а хвалить именно тогда, когда они что-то делают. Следует подчеркнуть, что раз ребенок что-то научился делать хорошо, то постепенно он научится всему остальному.

Родителям стоит терпеливо ждать успехов, т.к. на школьных делах чаще всего и происходит замыкание порочного круга тревожности. Болезненность школьной сферы должна быть снижена любыми средствами: снизить ценность школьных отметок, то есть показать ребенку, что его любят не за хорошую учебу, а любят, ценят, принимают вообще как собственное дитя, безусловно, не за что - то, а вопреки всему. Чем больше мы пытаемся воспитывать, давить, тем больше растет сопротивление, которое проявляется иногда в резко отрицательном, ярко выраженном демонстративном поведении. Демонстративность, истеричность, капризность порождается отсутствием любви, внимания, ласки, понимания в жизни ребенка. Все замечания свести к минимуму, когда ребенок "фокусничает", а главное к минимуму свести эмоциональность ваших реакций, ибо именно эмоциональности ребенок и добивается. Наказывать за истерики одним способом - лишением общения (спокойное, а не демонстративное).

Главная награда - это доброе, любящее, открытое, доверительное общение в те минуты, когда ребенок спокоен, уравновешен, что-либо делает. Хвалите его деятельность, работу: Мне нравится твой рисунок. Мне приятно видеть, как ты занимаешься со своим конструктором и т.д.

Медицинские рекомендации:

Большое значение для облегчения адаптации имеет соблюдение первоклассниками норм двигательной активности. Для этого для них должны быть организованы в школе: гимнастика до уроков, физкультминутки на уроках, подвижные игры на переменах, динамическая пауза – ежедневно, уроки физкультуры – не менее двух раз в неделю, а также внеклассные спортивные занятия.

Рациональный режим дня облегчит адаптацию первоклассников к школе. Родителям рекомендуется ежедневно гулять с ребенком после окончания занятий в школе и перед сном. Ограничить время пользования ребенком современных гаджетов (не более часа в день).

Для реализации своей двигательной активности ребенок может посещать дополнительные секции (танцы, спорт, рисование, изостудии и т.д.).

Если вы заметили, что ребенок испытывает трудности в адаптации, несмотря на все приложенные вами усилия, стоит обратиться к специалистам (детский психотерапевт, детский психолог). Проблемы адаптации, не решенные в младших классах, могут явиться фундаментом отклонений психосоциального развития на последующих этапах созревания, особенно в подростковом возрасте.

МУДРОСТЬ СОДЕРЖИТСЯ В НАС САМИХ, МЫ – ЛУЧШИЕ ЭКСПЕРТЫ В СВОЕЙ ЖИЗНИ.

Юсупова Г.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа. Gouzel@bk.ru

«Взгляни на карту: вот он - шар земной, на нём Башкирия с берёзовый листок величиной» писал наш знаменитый башкирский поэт Мустай Карим. Поэтому у нас возникла мысль – подготовить метафорические ассоциативные карты о родном Башкортостане. Образы природы становятся зримой метафорой наших ценностей, страхов, желаний или связаны ассоциативно с нашим внутренним опытом. Все это возможно перенести на карты. Это направление, этот инструмент работы приобретает все большую популярность во всем мире. Для чего мы можем использовать метафорические ассоциативные карты?

Карты с изображением башкирских юрт с сундуками, национальной посудой, одеждой подходят для размышления над способами взаимодействия с внешним миром, а «пути-дороги», реки, водопады — для осмысления жизненных путей. Карты с изображениями национальных блюд подходят для работы с нарушениями пищевого поведения.

Почти все, кто пришел к психологу или психотерапевту впервые, испытывают в той или иной степени беспокойство. Непросто сразу довериться другому человеку, к тому же пока малознакомому. Непросто говорить о проблемах, которые пугают или вызывают чувство стыда. Гораздо легче начать с обсуждения картинки, ведь тогда можно побыть какое-то время в тени. Говорить не о себе, а об изображении и контролировать меру своей откровенности. Это особенно ценно для тех, кому трудно находиться в центре внимания.

Многие готовятся к неприятному или трудному разговору с психологом, а разглядывать картинки — это простая деятельность, в которой никто не может потерпеть неудачу, поэтому напряжение быстро спадает.

Карточки можно задействовать в любой момент, когда клиент или пациент испытывает тревогу и появляется необходимость помочь ему почувствовать себя в безопасности.

Представленные на них образы становятся зримой метафорой наших ценностей, страхов, желаний или связаны ассоциативно с нашим внутренним опытом. Другое название — терапевтические карты, поскольку их используют в своей работе психотерапевты.

Многие могут ошибочно считать, что метафорические карты — это психологический тест, но это не так, хотя в работе с ними, как и во многих тестах, также задействован механизм психологической проекции. В чем же различие?

В психологических тестах набор всех возможных результатов заложен еще до того, как мы приступили к его выполнению. Пройдя тест, мы в итоге получаем готовый вывод о нашем характере, способностях или состоянии, это уже зависит от цели тестирования.

С картами же все иначе... Выбор той или иной карты сам по себе ничего не говорит. Здесь нет готовых результатов, есть процесс: мы предполагаем, вносим уточнения, размышляем и постепенно углубляемся в смысл.

Этот путь можно проделать самостоятельно, либо вместе с психологом, психотерапевтом, задача которого в этом случае — двигаться вместе с нами, не забегая вперед.

Кроме этих вышперечисленных возможностей карт, на наш взгляд, стоит еще одна важная задача – найти путь к важным темам.

Немногие заранее знают, к какому результату они хотели бы прийти в ходе психотерапии. Некоторых приводит в кабинет неясное чувство неудовлетворенности. В чем его причина, откуда оно возникло и что именно

хотелось бы в жизни изменить — эти вопросы могут стать началом психотерапевтической работы. Взяв в этот момент в руки колоду, можно подобрать символические изображения «как есть сейчас» и «как я хочу, чтоб было», сделав их видимыми.

Мы все живем в визуально-ориентированной культуре, поэтому зрительные образы легче воспринимаются и служат отправной точкой для разговора. Если бы мы больше слушали музыку, наверное, могли бы обращаться к мелодиям. Но нам привычнее смотреть, мы все в основном визуалисты. Поэтому мы предлагаем картинки, которые пробуждают воображение.

Метафорические карты помогают не только в начале психологической работы. Они позволяют затронуть табуированные или трудные для обсуждения темы, такие как насилие или инцест, ведь многим клиентам проще показать соответствующую карточку, чем назвать словами то, что с ними произошло или происходит. Благодаря метафорическим картам снимается запрет на высказывание, и чувства, наконец, находят свое выражение.

Некоторым нравятся карточки с конкретными изображениями (юрта, дерево, животное, домашняя утварь, одежда), другим удобнее работать с абстрактными образами. Предпочтения зависят от привычек мышления и восприятия.

Есть карточки, подходящие для разговора о детстве. На одной карточке — счастливое семейство лошадей с жеребенком, или лебедь-мать плывет с целым выводком, на другой сова как бы «придавливает» своих детенышей, им только слегка удается выглядывать из гнезда, или маленький детеныш куницы попытался спрятаться в расщелине дерева, но его все равно всем видно. Эти карты подходят для работы как со взрослыми, так и с детьми.

При помощи нашей колоды можно работать с травмами. Она как бы делится на две части: часть карт изображает травмирующие ситуации, например физическую травму (повешение, утопление, укусы пчел, змей, страх диких животных, высоты). Другая часть показывает разные ресурсы для преодоления: поддержка друзей, творчество. С их помощью можно рассказать о том, как мы обычно справляемся с трудными ситуациями, и найти новые, еще не задействованные, возможности и ресурсы.

Наши метафорические карты подходят для себя, для размышлений, медитации или для обсуждения с друзьями, выбор зависит от цели и от нашего вкуса. Здесь все имеет значение — и тематика, и цветовая гамма, и даже то, матовые карточки или глянцевые.

Карточки сами по себе только вспомогательное средство, они не метод психотерапии, а только ее инструмент. При этом они универсальны, их используют психологи, психотерапевты, практикующие самые различные подходы, от юнгианского до когнитивного.

При работе с картами мы предлагаем клиентам ответить на следующие вопросы:

- Почему вы выбрали эту карту?
- Какие чувства, мысли, фантазии она вызывает?
- Какие воспоминания с ней связаны?
- Хотите ли вы рассказать историю, которая навеяна выбранной картой?
- С кем вместе вы хотели бы рассмотреть эту карту?
- Что вы чувствуете, делясь своими чувствами по поводу этой карты?
- Какие карты могли бы дополнить выбранную карту и почему?
- Какую карту из набора вы не стали бы выбирать ни при каких обстоятельствах? Почему?
- Какое название вы могли бы дать этой карте?

При работе с психической травмой и кризисными состояниями могут быть использованы следующие вопросы:

- Какая карта может обозначать момент кризиса?
- Какая карта может отражать то, что вас больше беспокоит в настоящее время?
- Какая карта дает ощущение безопасности и внутреннего равновесия?
- Какая карта может отражать поворотный момент в переживании кризиса?
- что является целью в преодолении кризисной ситуации?

Мы иногда предлагаем участникам задания выполнить одно из следующих домашних заданий, связанных с выбранными картами:

- написать историю, письмо или стихотворение;
- найти карту, чем-то похожую на выбранную;
- сделать одну или несколько собственных карт, которые могли бы являться продолжением выбранного образа.

Если в целом подвести итоги по работе с данными метафорическими картами мы можем отметить, что:

1. Мы можем использовать стимульные карты со словами-раздражителями, и это может стать отдельной работой.
 2. Мы можем предложить человеку дать свои ассоциации к каждой отдельно взятой карте.
 3. Психолог может сам, на свое усмотрение, выбрать несколько карт из колоды и предложить их для работы своему клиенту – с учетом его проблемы и исходя из собственной гипотезы возникновения глубинной проблемы у человека. Далее вместе с клиентом нужно проанализировать истинные проблемы, потребности и возможности для выхода из тупиковой ситуации.
 4. Если человек выбрал карты с образами, которые ему не нравятся, то анализируем, что вызывает негатив; ищем источники проблемы и определяем, как давно она возникла, что человек уже делал, чтобы проблему решить, что этому мешает, что нужно сделать уже сегодня, чтобы проблема была решена.
 5. Если клиент выбрал карты, которые ему нравятся, то с их помощью выявляем ресурсы человека, его сильные стороны и находим выход из проблемной сферы.
 6. Метафорические карты можно использовать для составления коллажа в работе с семейной парой или в работе с группой.
 7. Терапевт может создать свою технику с применением метафорических карт.
 8. Если человек психологически или физически истощен, то надо обязательно начинать работу с поисков ресурсов для дальнейшей работы с проблемами и для выхода на новый виток развития.
 9. С помощью метафорических карт можно мягко обойти сопротивление, вскрыть психологические защиты, выявить вторичные выгоды оттого или иного симптома и найти способы решения проблемы и устранения симптомов.
- Метафорические карты можно применять с использованием других методов арт-терапии (сказкотерапия, рисование, пластилин, песочная терапия), техниками НЛП, трансовыми техниками.

Свой обзор метафорических карт хочется закончить словами известного психолога Вальтрауда Киршке: «Каждый, кто занимается ассоциативными картами, рано или поздно придет к удивительному выводу: многие карты, вытянутые вслепую, поразительным образом попадают в точку и отражают жизненную ситуацию игрока. Причем настолько точно, что думаешь: «Это не может быть случайностью!». Это привело к тому, что в некоторых кругах метафорическим картам стали приписывать мифическую силу».

ОГЛАВЛЕНИЕ

О СОСТОЯНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, И.Ф. Тимербулатов, Е.М. Евтушенко, Ufa.rkpc@doctorrub.ru	3
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Абрамова Э.М., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, abramov-dom@yandex.ru	6
О РАЗРАБОТКЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН Адгамов М.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, marat_a@bk.ru	7
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ. Алянгина С.У., Клих Т.Ю., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, tanyareb24@yandex.ru	8
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЁМОВ ТЕРАПИИ ВООБРАЖЕНИЕМ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Ахметзянов Т.У., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, timur_ahmetjan@mail.ru	9
МАСКИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. Байгильдина Э.И., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, murz-el@yandex.ru Рудкевич Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, r.r.1510@mail.ru	10
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПНОТЕРАПИИ ПРИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ Байков И.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, rkpc19@gmail.com	11
РАЗЛИЧИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. Байтимерова И.В. ГБУЗ РБ Поликлиника № 46, г.Уфа, Irinapulmo@gmail.com Низамутдинова Р.З., ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО, г. Уфа.	12
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Бакиева Д.С., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, dilara.bakieva@mail.ru Суворова Р.А., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, regina.suvorova@mail.ru Шарипов А.Р., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, allopsy58@mail.com	13
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ЧУВСТВОМ СУБЪЕКТИВНОГО ОДИНОЧЕСТВА Бакиров Л.Р., кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, BLR.UFA@yandex.ru	14

ДЕПРЕССИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Биккузина Д.М., Юсупов Д.Х.	15
ЭФФЕКТИВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Габдрахманова Г.Г., Смакова А.Т. ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, Alf2307@yandex.ru	16
РОЛЬ БИОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗИСЕ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПРЛ). Габидуллина Р.Ф., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, regintruda@rambler.ru	17
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХО- И ФАРМАКОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ. Гаврюшин К.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	18
ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ. Галиуллина Н.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ г. Уфа, NASIMA1612@ICLOUD.COM	19
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ Гафурова А.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, lyam1992@mail.ru Яхин М.И., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, oskon008@yandex.ru	20
ОПЫТ РАБОТЫ В ГОРОДЕ СИБАЙ. Гильманов А.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, UFA.RKPC@doctorrb.ru	21
ТЕСТИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ Р.Д.ТУКАЕВЫМ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА. Гулиев М.А., Гаврюшин К.А., ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	22
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ, ЮМОР И СМЕХ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ Иванов С. М., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, clover_leaf@bk.ru	23
АРТ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. Ишаева Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, rufinaish93@gmail.com	24
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА УРАЛ-БАТЫР. Калимуллин Р.Г., центр «Верное Решение», г.Уфа, ernoereshenie@mail.ru	25
ОБИДА – ЧТО С НЕЙ ДЕЛАТЬ. Крылосова Е.Н., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	26

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Кудрякова М.Г., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, rita-fajrushina@mail.ru	27
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ Кузеева И.Р., ГБУЗ РБ РКПБ, г. Уфа, irene_k@bk.ru	28
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ Кунафина Е.Р., Волевач Л.В., ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа, erkunafina@mail.ru	29
ПСИХО-СОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА Кунафина Е.Р., Волевач Л.В., ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа, erkunafina@mail.ru	30
ИППОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЬЯХ. Макарова А.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, patrekeika@mail.ru	31
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Мингафарова З.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, zmingafarova@yandex.ru	32
ТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. Мусина Г.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, muguss@mail.ru	33
АЛКОГОЛЬ КАК СПОСОБ СНЯТИЯ СТРЕССА, МНИМАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРЕВОГЕ. Нафикова З.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, zinaff@gmail.com Якшибаева Д.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, dianamarselyak@mail.ru	34
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 70-е ГОДЫ ХХ ВЕКА Сиразетринов Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	35
ЮНГИАНСКАЯ ПЕСОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ. Сулейманова З.З., ГБУЗ РБ Стерлитамакская психиатрическая больница, г.Стерлитамак, Zifa97zl@mail.ru	36
ЭВОЛЮЦИЯ ГИПНОТЕРАПИИ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Р.Д. Тукаев, д.м.н., профессор ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва, Россия, tukaevrd@gmail.com	37

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ В ТЕРАПИИ ПРОКРАСТИНАЦИИ Фахрисламова Д.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, deenray.md@gmail.com	38
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ Фиолина А.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, alena.endorphin@yandex.ru	39
СТРЕСС В ПОСТПЕНСИОННОМ ВОЗРАСТЕ. Христоролюбова Н.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, UFA.RKPC@doctorrb.ru	40
РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ. Чевпцова Н.Л., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	41
ТЕЛЕСТНОСТЬ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ КРАКОСРОЧНОЙ РАБОТЫ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ. Чудинов Р.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	42
ПСИХОТЕРАПИЯ И СПОРТ. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД. М.В. Чуклина, ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	43
ТРЕНИНГ АССЕРТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ Шадрина О.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru	44
ТРЕХУРОВНЕВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. Шамсутдинов Р.Р., ГБУЗ РБ ГБ г.Кумертау, doctor_radik@mail.ru	45
ДЕТИ И ГАДЖЕТЫ Ягудина Т.И., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, ya.tatyana @mail.ru	46
АЛКОГОЛЬ И НАРУШЕНИЕ СНА. Асадуллин А.Р, Ахметова Э.А., Ефремов И.А., Башаров В.Р. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ, г.Уфа	47
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ. Бакиева Д.С., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, dilara.bakieva@mail.ru Суворова Р.А., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, regina.suvorova@mail.ru Шарипов А.Р., Всероссийский центр глазной и пластической хирургии МЗ РФ, г. Уфа, e-mail: allopsy58@mail.com	49
ПОВЫШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ Барковская И.И., ГБПОУ Салаватский индустриальный колледж, руководитель Республиканского методического объединения психологов	52

учреждений СПО РБ, г. Салават, barkovskaya.59@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА 55
Бухаров Ф.Ф., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, bfarid23@mail.ru

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ, 57
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ И СУБЪЕКТИВНОГО СЧАСТЬЯ
Зайнуллина Ю.С., Ефремов И.С., Юлдашев В.Л., ФБОУ ВО Минздрава России,
г. Уфа., yulia.zaynullina1999@gmail.com

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 60
В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА.
Зарудий А.Ф., Чезганова М.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ. г.Уфа,
UFA.RKPC@doctorrub.ru

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ БАШКИРСКОГО 63
НАРОДНОГО ЭПОСА УРАЛ-БАТЫР
Калимуллин Р. Г., Центр «Верное Решение», г.Уфа,
vernoereshenie@mail.ru

АГРЕССИВНОСТЬ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА, РЕГУЛЯРНО 66
ПРОСМАТРИВАЮЩИХ МАТЕРИАЛЫ ПОРНОГРАФИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
Камалов В.Р., Ефремов И.С., Ржанова С.О., Исламова Э.Д., Юлдашев В.Л.
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ
Минздрава России, г. Уфа, efremovilya102@gmail.com

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. 69
Клих Т.Ю., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, tanyareb24@yandex.ru

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ НА РАННИХ 71
ЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ.
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.
Косолапова А.О., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, bao-bao@mail.ru

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ 75
В УСЛОВИЯХ РКПЦ МЗ РБ
Куликова Н.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doktorrb.ru

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ 78
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Е.Р. Кунафина, А.А. Кунафина, А.В. Галимова,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ
ГАУЗ РБ Городская клиническая больница №18, г. Уфа, erkunafina@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ 81
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Е.Р. Кунафина, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский
университет МЗ РФ, г. Уфа, erkunafina@mail.ru

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В XXI ВЕКЕ. РОЛЬ И МЕСТО 83
ПСИХОТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ

**БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

В.И. Курпатов, д.м.н., профессор, президент Профессиональной
Медицинской Психотерапевтической Ассоциации, Санкт-Петербург, Россия

НОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАЖДОГО ДНЯ И ВСЕЙ ЖИЗНИ. 97

Макаров В.В., президент Общероссийской профессиональной
психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации
"Союз психотерапевтов и психологов", д.м.н., профессор, Москва, Россия.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИИ. 102

Малютина Ю. А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru

**К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ ПОЗДНЕМ ГЕСТОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ.** 104

Н.А.Марфина, Е.Р.Кунафина, М.А.Шабалкина, ФГБОУ ВО Башкирский
государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа,
erkunafina@mail.ru

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И САМООЦЕНКИ У ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА** 107

Масягутова Ф.Ф., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, fayagul-masyag@mail.ru

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ ГАУЗ РБ ДПС «ТОЛПАР»** 110

Минаева Т.А., ГАУЗ РБ Детский противотуберкулёзный санаторий «Толпар»,
г.Уфа, Tolpar-alkino-psy@mail.ru

**ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСТВОМ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ К
УСЛОВИЯМ ГАУЗ РБ ДПС «ТОЛПАР»** 113

Минаева Т.А., ГАУЗ РБ Детский противотуберкулёзный санаторий «Толпар»,
г.Уфа, Tolpar-alkino-psy@mail.ru

**АРТ-ТЕРАПИЯ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЗАВИСИМЫХ И
СОЗАВИСИМЫХ** 116

Овчинникова Е.А., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, katerinaalechina@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 118

Пермякова О.А., Лактионова Е.А., ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,
г.Уфа, UFA.RKPC@doktorrb.ru

**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА** 120

Ржанова С.О., Ефремов И.С., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Кафедра
психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава
России, Уфа, efremovilya102@gmail.com

**ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЛИЧНОСТИ С НЕВРОТИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВОМ** 122

Сафиуллина Е.В., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, Lenkasev@mail.ru

<p>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 1: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ Тимербулатова М.Ф., Юлдашев В.Л., Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф., Ахмадеев Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, Уфа, ahmadeevr@yandex.ru</p>	124
<p>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 2: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ Тимербулатова М.Ф., Юлдашев В.Л., Евтушенко Е.М., Тимербулатов И.Ф., Ахмадеев Р.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, Уфа, ahmadeevr@yandex.ru</p>	127
<p>О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ СЕМЕЙ ПО ФАКТУ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ Хох И.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, irina.xox@yandex.ru</p>	130
<p>ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА. Цыганов М.И., Калугина Н.Е, Авдеева Е.Л. ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, UFA.RKPC@doctorrb.ru</p>	133
<p>АДАПТАЦИЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ. Чезганова М.Х., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г.Уфа, milana_chez@mail.ru</p>	135
<p>МУДРОСТЬ СОДЕРЖИТСЯ В НАС САМИХ, МЫ – ЛУЧШИЕ ЭКСПЕРТЫ В СВОЕЙ ЖИЗНИ. Юсупова Г.Р., ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, г. Уфа, Gouzel@bk.ru</p>	137