

Сетевое научно-практическое издание

АНТОЛОГИЯ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ

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

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

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

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

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

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

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Материалы Международного конгресса
(Уфа, Республика Башкортостан, 21– 23 сентября 2017)

МОСКВА
2017

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ ARTICLES

Макаров В.В. ВЫЗОВЫ ЭПОХИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ, ПОМОЩИ ЧЕЛОВЕКУ, ГРУППЕ, СЕМЬЕ, ОБЩЕСТВУ Makarov V.V. CHALLENGES OF THE EPOCH AND RESPONSE FROM PROFESSIONAL PSYCHOTHERAPEUTIC COMMUNITY.....	11
Гулиев М.А. КОНЦЕПЦИЯ ИСТЕРИИ Guliev M.A. CONCEPT OF HYSTERIA.....	12
Зарудий А.Ф., Чезганова М.Х., Гильманов А.Х. КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАИКАНИЯ Zarudy A.F., Chezganova M.Kh., Gilmanov A. Kh. COMPLEX CORRECTION OF STAMMERING.....	14
Николаев Ю.М., Тимербулатов И.Ф., Пермьякова О.А. К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ФОРМАТА НЛП «ЛИНИИ ВРЕМЕНИ» У ЛИЦ СО СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ Nikolaev Y.M., Timerbulatov I.F., Permiakova O.A. ON EFFICIENT APPLICATION OF THERAPEUTIC NLP FORMAT "LINE OF TIME" IN PERSONS WITH MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER.....	15
Пермьякова О.А., Николаев Ю.М. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЗ Permiakova O.A., Nikolaev Y.M. TREATMENT OF PATIENTS WITH ANXIETY AND PHOBIC DISEASES AT REPUBLIC CLINICAL PSYCHOTHERAPY CENTRE OF HEALTH MINISTRY OF REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN.....	16
Пронина М.Ю., Мингафарова З.Х., Габдрахманова Г.Г. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Pronina M.Y., Mingafarova Z.Kh., Gabdrahmanova G.G. INTOLERANCE OF UNCERTAINTY EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE.....	19
Решетников М.М. ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХИКЕ Reshetnikov M.M. PAST, PRESENT AND FUTURE OF SCIENTIFIC IDEAS ABOUT THE PSYCHE.....	20
Чезганова М.Х., Зарудий А.Ф. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН Chezganova M.Kh., Zarudy A.F. PROSPECTS FOR DEVELOPMENT OF EARLY SPECIALIZED PSYCHOTHERAPEUTIC HELP IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN....	23
Шарипова Ф.К., Бабарахимова С. Б. ПСИХОСОЦИОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА Sharipova F.K., Babarakhimova S.B. PSYCHOSOCIO REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH DIABETES OF THE 1st TYPE.....	25
ТЕЗИСЫ SUMMARIES	
Агдамов М.Х. О РАЗРАБОТКЕ ПОДПРОГРАММЫ «ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ И ИНЫХ ФОРМ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ» ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН» Agdamov M.Kh. SUBPROGRAMME "PREVENTION OF SUICIDE AND AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOUR" WITHIN THE STATE PROGRAMME "SOCIAL SAFETY IN BASHKORTOSTAN".....	30
Агдамов М.Х. ОРГАНИЗАЦИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	

Agdamov M.Kh. ON MEDICAL PROVISION ORGANIZATION.....	30
Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Петросян Т.Р. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Agibalova T.V., Buzik O.Zh. Petrosyan T.R. LOYALTY TO TREATMENT IN AIDC-INFECTED DRUG-ADDICTS (PRELIMINARY RESEARCH).....	31
Аглетдинова А.А., Валитова Р.М. ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МАЛОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ Agletdinova A.A., Valitova R.M. SCHOOL DESADAPTATION IN CHILDREN AS MANIFESTATION OF MINIMAL BRAIN DISFUNCTION.....	31
Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В., Нурлыгаянова Л.Р. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V., Nurlygayanova L.R. STATISTICS ON PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....	32
Алянгина С.У., Семенова, Нурлыгаянова Л.Р., Чевпечова Н.Л. ПРОГРАММА « ДЕТИ В НАС, И МЫ В ДЕТЯХ» КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Alyangina S.U., Semenova, Nurlygayanova L.R., Chevpetsova N.L. PROGRAMME "CHILDREN INCIDE US " AS A NECESSARY CONDITION FOR SOCIAL MENTAL HEALTH.....	33
Асадуллин А.Р., Юлдашев В.Л. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ Asadulin A.R., Yuldashev V.L. CLINICAL-GENETIC ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOUR OF SYNTHETIC CATHINONES.....	33
Ахмадеев ¹ Р.Р., Тимербулатова ^{1,2} М.Ф., Юлдашев ³ В.Л., Тимербулатов ^{1,2} И.Ф., Евтушенко ^{1,2} Е.М. РОЛЬ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОДЕЛЯХ ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ Akhmadeev R.R., Timerbulatova M.F., Yuldashev V.L., Timerbulatov I.F., Yevtushenko E.M. ROLE OF INTERNET-ADDICTIVE BEHAVIOUR IN TEENAGER SUICIDE MODELS.....	34
Ахмадеев ¹ Р.Р., Тимербулатов ^{1,2} И.Ф., Тимербулатова ^{1,2} М.Ф., Евтушенко ^{1,2} Е.М. О БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРАХ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ Akhmadeev R.R., Timerbulatov I.F., Timerbulatova M.F., Yevtushenko E.M. ON BIOLOGICAL MARKERS IN DIAGNOSING AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR.....	34
Ахметзянов Т.У. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ МОДЕЛИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Akhmetzyanov T.U. MULTIMODAL MODEL IN PSUCHOTHERAPY.....	34
Ахметзянов Т.У. К ВОПРОСУ О ЦЕЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Akhmetzyanov T.U. ON THE PURPOSE OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION.....	35
Ахметова А.Р. ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССА Akhmetova A.R. STRESS PREVENTION.....	36
Байков И.Р. СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ Baikov I.R. SOCIAL MEDIA AND SUICIDAL BEHAVIOUR.....	36
Байков И.Р. МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Baikov I.R. MOTIVATION ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOUR.....	37
Бакиров Л.Р., Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Ахмадеев Р.Р. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ Bakirov L.R., Timerbulatov I.F., Yuldashev V.L., Akhmadeev R.R. INTERNET ADDICTION AND BORDERLINE DISORDERS IN STUDENTS WHO ARE COMPUTER USERS.....	38

Бакиров Л.Р., Юлдашев В.Л., Тимербулатов И.Ф. ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ ИНТЕРНЕТ – ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЯХ Bakirov L.R., Yuldashev V.L., Timerbulatov I.F. PHARMOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CASES OF INTERNET ADDICTION.....	38
Бубурин А.Н., Настасич П., Магай А.И. О СЕМЕЙНОМ ПОДХОДЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ И ИХ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ Buburin A.N., Nastasich P., Magay A.I. ON FAMILY APPROACH TO REHABILITATION OF ALCOHOL ADDICTS AND THEIR CLOSE CIRCLE.....	39
Габдрахманова Г.Г., Газизова М.Ф. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА В СТАЦИОНАРНОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ Gabdrakhmanova G.G., Gazizova M.F. GESTALT-THERAPY IN PSYCHOTHERAPY HOSPITAL DEPARTMENT.....	40
Габдуллина Г.Н. УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Gabdullina G.N. STRENGTHENING MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF MENTAL DISORDERS.....	41
Гаврюшин К.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СКЛОННОСТИ К СТРЕССОВОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА СОТРУДНИКОВ ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ Gavryushin K.A. STRESS SUSCEPTIBILITY TENDENCIES IN SPECIALISTS OF PSYCHOTHERAPY CENTER.....	41
Гильманов А.Х. ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ Gilmanov A.Kh. DEPRESSION IN CHILDREN AND TEENAGERS, ITS CAUSES.....	42
Гильманов А.Х., Нурлыгаянова Л.Р. ЛЕЧЕНИЕ ЭНУРЕЗОВ У ДЕТЕЙ С СДВГ СИНДРОМОМ Gilmanov A.Kh., Nurlygayanova L.R. TREATMENT OF ENURESIS IN CHILDREN WITH ADHD SYNDROME.....	43
Гилязов Т.Р. ЗАВИСИМОСТЬ И СО-ЗАВИСИМОСТЬ Gilyazov T.R. ADDICTION AND CO-ADDICTION.....	43
Гулиев М.А. ТРЕВОЖНОСТЬ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СИЛЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У КУРСАНТОВ БГМУ Guliev M.A. ANXIETY IN STUDENTS RELATED TO STRENGTH OF NERVOUS SYSTEM.....	44
Жидкова О.В., Соломеина Н.А. ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ ПОЗДНООСЛЕПШИХ ПРОСТРАНСТВЕННОМУ ОРИЕНТИРОВАНИЮ И МОБИЛЬНОСТИ КАК ОСНОВНОМУ ИНСТРУМЕНТУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ Zhidkova O.V., Solomeina N.A. TRAINING LATE-BLIND PEOPLE IN ORIENTATION AND MOBILITY AS THE MAIN INSTRUMENT OF SOCIAL REHABILITATION AND ABILITATION.....	45
Иванов С.М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Ivanov S.M. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROFESSIONAL DEFORMATION IN MEDICAL SPECIALISTS.....	45
Калимуллин Р.Г. КРЕАТИВНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ «УРАУ» ПО МОТИВАМ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА «УРАЛ-БАТЫР» Kalimullin R.G. CREATIVE MOTION THERAPY "URAU".....	46
Калугина Н.Е., Цыганов М.И., Авдеева Е.Л. ОТРАЖЕНИЕ СПОСОБОВ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЧЕЛОВЕКА Kalugina N.E., Tsyganov M.I., Avdeeva E.L.	

TYPES OF REACTION REFLECTED ON THE EMOTIONAL STATE OF PEOPLE.....	46
Клих Т.Ю., Алянгина С.У., Семенова Г.В., Нурлыгаянова Л.Р. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПСР Klikh T.Y., Alyangina S.U., Semenova G.V., Nurlygayanova L.R. PHARMACOLOGICAL THERAPY FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....	47
Клих Т.Ю., Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Семенова Г.В., Чевпцова Н.Л. МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ Klikh T.Y., Nurlygayanova L.R., Alyangina S.U., Semenova G.V., Chevpetsova N.L. MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN TEENAGERS' ENVIRONMENT	47
Крылосова Е.Н. РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ Krylosova E.N. FAMILY ROLE IN PREVENTION OF CHEMICAL ADDICTIONS IN JUVENILE INDIVIDUALS.....	48
Кузеева И.Р. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ Kuzeeva I.R. PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PARTICIPANTS OF LOCAL MILITARY CONFLICTS, TECHNOLOGICAL AND NATURAL DISASTERS	49
Кузнецов В.Е. УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ ДЛЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ Kuznetsov V.E. MANAGING RECOVERY RESOURCES AND ANXIETY DISORDERS THERAPY MACHANISMS.....	49
Куликова Н.В., Пермякова О.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Kulikova N.V., Permyakova O.A. TREATING PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS AT THE DAY PATIENT FACILITY OF THE REPUBLICAN CENTRE OF PSYCHOTHERAPY.....	50
Куликова Н.В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОМАТО-ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, ТЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Kulikova N.V. BALANCE PROBLEMS OF SOMATIC AND MENTAL ASPECTS IN ETIOPATHOGENESIS, DEVELOPMENT AND PROGNOSIS OF NEUROTIC DISORDERS.....	50
Куликова Н.В. ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В РАМКАХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Kulikova N.V. DAY PATIENT FACILITY AT THE REPUBLICAN CENTRE OF PSYCHOTHERAPY.....	51
Кунафина Е.Р., Евтушенко Е.М. ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Kunafina E.R., Yevtushenko E.M. SUICIDAL RISK IN ELDERLY PATIENTS.....	52
Кунафина Е.Р., Сакаева Д.Д. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Kunafina E.R., Sakaeva D.D. USE OF ANTIDEPRESSANTS IN TERMINAL STAGES OF ONCOLOGICAL DISEASES.....	52
Любаева Е.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ВОЗДЕЙСТВИЯ БОЛЕЗНИ И СИМПТОМОВ (МОБИС) В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СТАЦИОНАРА Lyubaeva E.V. PROJECTIVE METHOD FOR EVALUATING DESEASE EFFECTS AND SYMPTOMS IN IN-PATIENTS WITH TUBERCULOSIS	53
Магай А.И., Казьмина Е.А. РЕЛИГИОЗНЫЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Magay A.I., Kazmina E.A.	

RELIGIOUS COPING STRATEGIES IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ENDOGENIC MENTAL DISORDERS COMBINED WITH ALCOHOLIC ADDICTION.....	53
Магизова Г.М. ТРАНСГЕНЕРАЦИОННАЯ ПЕРЕДАЧА ОПЫТА ТРАВМЫ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ Magizova G.M. TRANSGENERATIONAL EXPERIENCE OF TRAUMA IN FAMILY SYSTEM.....	54
Максимчук В.П. О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ «СПАЙС» В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Maksimchuk V.P. STATISTICS ON SMOKING MIXES IN BELARUS.....	54
Малютина Ю.А. ПСИХОГИГИЕНА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Malyutina Y.A. PSYCHO-HYGIENE FOR CHILDREN AND TEENAGERS.....	55
Мацевич М.А. ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ Matsevich M.A. TELE PHONE HELPLINE AS INSTRUMENT OF SOCIAL ILL-BEING PREVENTION	55
Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А. СПЕЦИФИКА СОЦИО-КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТА Melyokhin A.I., Sergiyenko E.A. SOCIO-COGNITIVE DEFICIENCY IN OLD AND SENILE AGE.....	56
Меренков В.А. ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РАМКАХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Merenkov V.A. PRACTICE-FOCUSED MODEL OF CLINICAL PSYCHOLOGY ANF DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGU IN PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL SUPPORT FOR CHILDREN WITH LIMITED ABILITIES IN INCLUSIVE EDUCATION.....	57
Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В. ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ Nurlugayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V. PDYCHOTHERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN.....	57
Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В. ПОСТРОЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ Nurlugayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V. ON PLANNING PSYCHOTHERAPEUTIC MEASURES.....	58
Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В. АЛГОРИТМ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПСР Nurlugayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V. MEDICAL HELP ALGORHYTHM FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....	59
Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В. ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПСР Nurlugayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V. THERAPY FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.....	59
Овчинникова Е.А. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Ovchinnikova E.A. PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR.....	60
Овчинникова Е.А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Ovchinnikova E.A. TREATMENT OF DEPRESSIONS IN ELDERLY PATIENTS.....	60
Огаркова (Дубинская Ю.Л.), Бусурина О.Н. ВОЗМОЖНОСТИ МОДАЛЬНОСТИ ДМО-ПОДХОД В ЭКСПРЕСС-ПОМОЩИ ОНКОПАЦИЕНТАМ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОЙСТВА НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ МОЗГА	

Ogarkova (Dubinskaya) y.I., Busurina O.N. DMO APPROACH IN EXPRESS HELP TO ONCOLOGICAL PATIENTS AND PREVENTION OF PROFESSIONAL BURN-OUT.....	61
Пермякова О.А., Махмутова А.А., Лактионова Е.А. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Permiakova O.A., Makhmutova A.A., Laktionova E.A. LEVELS OF EMOTIONAL BURN-OUT IN CITY HOSPITAL DOCTORS.....	62
Пронина М.Ю., Яхин М.И. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ОСУЖДЕННЫХ Pronina M.Y., Yakhin M.I. COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME IN CONVICTS.....	62
Пурик В.В. О РАБОТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА Purik V.V. PSYCHOTHERAPY OFFICE FUNCTIONING.....	63
Пурик В.В., Бухаров Ф.Ф. О ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Purik V.V., Bukharov F.F. PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN SOMATIC HOSPITALS.....	63
Рафикова М.Ф. ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ КРИМИНАЛЬНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ, ОСУЖДЕННЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ В СЛЕДСТВЕННОМ ИЗОЛЯТОРЕ Rafikova M.F. PREVENTION OF SPREADING CRIMINAL SUBCULTURE AMONG JUVENILE SUSPECTS, CONVICTS AND CRIMINALS.....	64
Ребекина Т.Ю., Чевпелцова Н.Л., Пермякова О.А. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Rebekina T.Y., Chevpetsova N.L., Permiakova O.A. QUALITY SATISFACTION AS SOCIAL COMPONENT OF MEDICAL INSTITUTION'S ACTIVITY.....	65
Сакаева И.М., Чевпелцова Н.Л. ПСИХОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Sakeeva I.M., Chevpetsova N.L. PSYCHOTHERAPY FOR CHILDREN AND TEENAGERS WITH MENTAL AND NEUROTIC DISORDERS.....	65
Срывкова К.А. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ИЗУЧЕНИИ АДАПТИВНОГО ЭФФЕКТА ГИПНОЗА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И ТРЕВОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ Sryvkova K.A. VARIABILITY OF HEART RHYTHM IN STUDYING ADAPTIVE EFFECTS OF HYPNOSIS IN HEALTHY VOLUNTEERS AND PATIENTS WITH ANXIETY.....	66
Тарасова Е.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР) У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ Tarasova E.V. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH BLOOD DISEASES.....	66
Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Timerbulatov I.F., Yuldashev V.L., Bakirov L.R., Akhmadeev R.R. INTERNET ADDICTIONS AMONG UNIVERSITY STUDENTS.....	67
Тимербулатов ^{1,2} И.Ф., Евтушенко ^{1,2} Е.М., Юлдашев ³ В.Л., Тимербулатова ^{1,2} М.Ф. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ В СВЕТЕ ПОМОГАЮЩИХ ПОВЕДЕНИЙ ПРОФЕССИЙ Timerbulatov I.F., Yevtushenko E.M., Yuldashev V.L., Timerbulatova M.F., SUICIDAL BEHAVIOUR IN STUDENTS IN THE LIGHT OF HELPING PROFESSIONS.....	68
Тимербулатов ^{1,2} И.Ф., Ахмадеев ¹ Р.Р., Тимербулатова ^{1,2} М.Ф., Евтушенко ^{1,2} Е.М., Юлдашев ³ В.Л. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ Timerbulatov I.F., Akhmadeev R.R., Timerbulatova M.F., Yevtushenko E.M., Yuldashev V.L. PSYCHOPATHOLOGICAL CORRELATES OF INTERNET-ADDICTIVE AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN TEENAGERS.....	68

Тукаев Р.Д. ОТКРЫТОЕ МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРОЦЕССОВ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. РЕАЛИЗУЕМЫЙ ИНИЦИАТИВНЫЙ ПРОЕКТ Tukaev R.D. EFFICIENCY, PROCESSES AND MECHANISMS OF PSYCHOTHERAPY IN TREATING ANXIETY DISORDERS. INITIATIVE PROJECT.....	69
Тукаев Р.Д. ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОЛОГИИ И ГИПНОТЕРАПИИ Tukaev R.D. PROBLEMS AND ACHIEVMENTS OF RUSSIAN CLINICAL HYPNOLOGY AND HYPNOTHERAPY.....	69
Файрушина М.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК ОСНОВНАЯ ФОРМА ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ Fairushina M.G. POPULAR PSYCHOLOGICAL EDUCATION AS THE MAIN FORM OF PREVENTION.....	70
Фиолина А.А. ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Fionina A.A. DANCE-MOTION THERAPY IN CLINICAL PRACTICE.....	70
Фиолина А.А., Цыганов М.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Fionina A.A., Tsyganov M.I. EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS.....	71
Хафизова А.Р., Калугина Н.Е. СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ Khafizova A.R., Kalugina N.E. SUICIDAL TENDENCIES IN YOUNG PEOPLE.....	71
Хох И.Р. ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ В АСПЕКТЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА Khokh I.R. PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN THE PERSPECTIVE OF COMPLEX APPROACH.....	72
Цыганков Б.Д. ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Tsyganov B.D. PERSONALIZED THERAPY FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.....	73
Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р. ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦНС Tsyganov B.D., Ivanova G.R. PSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS WITH RESIDUAL-ORGANIC CNS DEFICIENCY.....	73
Цыганов М.И., Авдеева Е.Л. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ (VIII) Tsyganov M.I., Avdeeva E.L. MODERN APPROACH TO PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH DEMENTIA (VIII).....	74
Чевпцова Н.Л., Пермьякова О.А., Лактионова Е.А. ОПЫТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ Chevpetsova N.L., Permiakova O.A., Laktionova E.A. COUNCELING WITH TEENAGERS.....	74
Черенков А.А. ¹ , Обухов Н.Г. ¹ , Васильева С.С. ² ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ DELIRIUM TREMENS У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ Cherenkov A.A., Obukhov N.G., Vasilieva S.S. DELIRIUM TREMENS IN ELDERLY PATIENTS.....	75
Чудинов Р.А. ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК КОМПОНЕНТА ПРОЦЕССА УКРЕПЕЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Chudinov R.A. PSYCHOLOGICAL SAFETY AS A COMPONENT OF THE PROCESS OF SOCIAL MENTAL HEALTH IMPROVEMENT.....	76

Чураева Ю.В. К ВОПРОСУ О КОНСТРУКТИВНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ С РОДИТЕЛЯМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ Churaeva Y.V. ON CONSTRUCTIVE COOPERATION OF CHILD HEALTH-CARE SPECIALISTS WITH PARENTS OF JUVENILE PATIENTS.....	76
Чураева Ю.В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ Churaeva Y.V. PSYCHOTHERAPEUTIC HELP IN DEALING WITH SOCIAL INTERACTION PROBLEMS AMONG YOUNG PEOPLE.....	77
Шадрина О.В. ОБ ОТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ДОЧЕРИ Shadrina O.V. ON MOTHER-DAUGHTER RELATIONS.....	77
Шадрина О.В. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ В ПРЕМНЫЙ ПОКОЙ СТАЦИОНАРНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, Г. УФА Shadrina O.V. APPEALABILITY STRUCTURE OF IN-HOSPITAL PSYCHOTHERAPEUTIC DEPARTMENTS OF REPUBLIC CLINICAL PSYCHOTHERAPEUTIC CENTER, UFA, BASHKORTASTAN.....	78
Шарапова В.И. ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ Sharipova V.I. ADOLESCENT SUICIDE PREVENTION.....	79
Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А. ОПЫТ ОНЛАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ УАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Yuldashov V.L., Asadullin A.R., Akhmetova E.A. ONLINE RESEARCH OF ADDICTIVE BEHAVIOUR IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS.....	79
Юсупова Г.Р. ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ Yusupova G.R. EXPERIENCE OF EMOTIONAL BURNING OUT SYNDROME PREVENTION.....	80
Ялаева Э.Т., Ялаева Э.И., Абаров Р.А. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ГИМНАЗИИ-ИНТЕРНАТА Yalaeva E.T., Yalaeva E.I., Abarov R.A. HYGIENIC EVALUATION OF ADAPTATION OPPORTUNITIES OF BOARDING-SCHOOL STUDENTS.....	80
Яхин М.И. ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Yakhin M.I. MAIN MECHANISMS OF DEVELOPMENT AND THERAPY OF ANXIETY / PHOBIC DISORDERS	81
Яхин М.И., Пронина М.Ю. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ОСУЖДЕННЫХ. ЧАСТЬ II Yakhin M.I., Pronina M.Y. COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF ATTENTION DEFICIT SYNDROME WITH HYPERACTIVITY IN CONVICTS. PART II.....	82
Авагимян А.А. БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ.....	83
ПРОГРАММА II Международного конгресса помогающих профессий PROGRAMME of the 2nd International Congress of Helping Professions	86

СТАТЬИ

ВЫЗОВЫ ЭПОХИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ, ПОМОЩИ ЧЕЛОВЕКУ, ГРУППЕ, СЕМЬЕ, ОБЩЕСТВУ

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

Единственная стабильная характеристика нашего времени звучит так – все постоянно и непредсказуемо меняется.

Аннотация: В докладе перечисляются основные, с точки зрения автора, вызовы эпохи.

В их числе: остановка естественного отбора, регулировавшего величину популяции людей; разрушение принадлежности к полу, новые пути зачатия и рождения детей, разрушение института семьи, рост религиозного фундаментализма и социальные эпидемии: анорексии-булемии. Подростковых суицидов, смены пола. Рассматриваются ответы профессионального сообщества психотерапевтов и других специалистов, помогающих в области психического здоровья и психологического благополучия специальностей.

Ключевые слова: вызовы нашей эпохи, психотерапия, помогающие в области психического здоровья и психологического благополучия специальности.

Психотерапия традиционно стремится отвечать на все изменения в жизни человека. Более того, мы стремимся предугадать грядущие изменения, чтобы быть готовыми достойно встретить их. Наша миссия – помощь и развитие человека группы, семья, общества в целом.

В последние десятилетия человек, семья, группы людей, государства, общество в целом претерпевают коренные изменения. К сожалению, многие из них не привлекают к себе достаточное внимание со стороны профессионалов.

Часть нашего общества живёт сразу в трёх социальных эпохах. Эти эпохи смешались не только в жизни общества, но и в жизни каждого человека. Каждый несёт в себе характеристики традиционной эпохи, где главным является соблюдение традиций и моральных норм. Жизнь людей повторяется из поколения в поколение. Ценится стабильность. Главными авторитетами являются служители культов и вожди. Каждый несёт в себе характеристики современной эпохи, где ценятся достижения науки и личные достижения человека. Главное – это достижения и полная самореализация. Главными авторитетами являются учёные и педагоги. Многие несут в себе характеристики наступающего новейшего времени, где ценится умение человека приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям жизни. Главными авторитетами, формирующими общественное мнение, являются знаменитости, узнаваемые люди – звезды искусства и шоу-бизнеса, журналисты и выдающиеся спортсмены. Новейшее время только наступает. Часть факторов и характеристик новейшего времени ещё складываются. Они управляемы, и у нас есть возможности оказывать на них влияние.

Назовём основные вызовы новейшей эпохи. В последние десятилетия человечество так приспособилось к жизни на планете, что естественный отбор уже не регулирует величину популяции людей. Регуляция величины и качества популяции осуществляется другими, искусственными путями. А значит выживают и, в последующем, оставляют потомство, не только самые сильные и адаптированные, но и лечащиеся в течение всей своей жизни люди, страдающие хроническими заболеваниями, от которых уже найдены лекарства. Разрушается принадлежность людей к полу. Всё больше людей с бисексуальной ориентацией и изменяющих свой пол на противоположный. Всё более стираются гендерные различия, в том числе различия гендерных ролей. Мужчины приобретают женственный образ, входя в расширяющуюся когорту метросексуалов, женщины становятся маскулинными.

Само рождение человека теперь осуществляется различными путями, в том числе путём искусственного зачатия и использования суррогатных матерей. Это новый феномен, и его последствия пока неизвестны. Хотя уже ясно, что даже рождённые при помощи кесарева сечения люди, отличаются от рождённых физиологическим путём.

Деструктивной динамике подвергся и институт семьи. Мужчины часто не готовы брать на себя ответственность за семью. Женщины всё больше внимания уделяют своей профессиональной роли. В традиционном обществе люди жили большими семьями, кланами, и это помогало адаптироваться. Чем больше семья, тем больше работников, тем эффективнее взаимопомощь. В современном обществе люди предпочитают жить, объединившись в нуклеарную семью, включающую родителей и их детей. В новейшее же время всё большему числу людей легче и успешнее адаптироваться в одиночестве. Это больше касается мужчин. Ведь именно мужчины первыми воспринимают изменения. Поскольку для создания семьи нужен мужчина, данной тенденции часто вынужденно следуют и женщины.

Растёт напряжение социальных эмоций. Недоброжелательное отношение больших групп людей друг к другу может привести к социальным эпидемиям нетерпимости и ненависти. В различных регионах страны и мира часто проявляет себя религиозный фундаментализм.

Конечно, это лишь небольшая часть вызовов новейшего времени, и на них важен ответ нашего профессионального сообщества. В течение нескольких десятилетий советского и постсоветского периода в нашей стране

преимущественно развивалась медицинская модель психотерапии. Она развивается и в настоящее время. С конца 80-х годов прошлого века в нашей стране интенсивно развивается психологическая модель психотерапии. Её бурное развитие уже дало свои результаты и продолжается до сих пор.

С 2002 года, после III Всемирного конгресса по психотерапии в Вене началось развитие социальной модели психотерапии, и в прошедшее десятилетие данная сложная и очень востребованная модель психотерапии постоянно совершенствуется, хотя темпы её развития и её достижения могут быть значительно выше.

Эклектическая модель психотерапии впитывает достижения всех других моделей, и это позволяет ей двигаться вперёд интенсивно, сохраняя высокий темп развития.

Другие модели психотерапии, а их всего шесть (помимо перечисленных, еще педагогическая, эзотерическая и философская), постепенно накапливают потенциал для скачка, интенсивного развития.

В нашей специальности практика повсеместно опережает теорию и организацию регуляции специальности. Развитие медицинской модели привело к тому, что психотерапия регулируется подзаконными актами, приказами Министерства Здравоохранения. Данные регулирующие документы, будучи единственными, экстраполируются и на другие модели психотерапии. Это не даёт хорошего результата.

Конечно, для нас особенно важно объединение усилий специальностей, помогающих в области психического здоровья и психологического благополучия. К ним в России относятся: неврология, психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия, медицинская (клиническая) психология, социальная работа. Все мы заняты или одним делом, или сферы нашей профессиональной занятости в значительной степени наслаиваются друг на друга. В настоящее время каждый из нас пребывает в своём профессиональном пространстве. Можно сказать, исповедует свои профессиональные мифы. Каждый стремится убедить своих пациентов в том, что только его подход является правильным. А ведь мы, зачастую, просто не знаем, что могут предложить другие профессионалы нашим пациентам. В первую очередь важно обсудить возможности лечения и совместные усилия помощи при таких формах патологии, как: пограничные психические расстройства, депрессии, суициды, боль, зависимости. Важно обсудить применение различных классов психотропных средств при различных формах патологии. Это то конкретное, что мы можем делать уже сегодня. То, что позволит сменить вектор нашего отношения друг к другу с конкурентного на сотрудничающий.

И конечно же, уже на этом конгрессе в Уфе мы можем приступить к выработке общих взглядов профессионалов помогающих специальностей на главные вызовы нашей эпохи. Можем приступить к пониманию того, как мы будем доносить наши научные представления до граждан нашей страны!

CHALLENGES OF THE EPOCH AND RESPONSE FROM PROFESSIONAL PSYCHOTHERAPEUTIC COMMUNITY

Viktor V. Makarov, - Russia, Moscow

Abstract: In the paper, the main challenges of current epoch, from the authors's prospective, are given. Amongst them: halt of natural selection that controlled the numbers of human population, destruction of gender relevance, new ways and possibilities of conception and birth of children, destruction of the institution of family, growth of religious fundamentalism, social epidemics. Responses from professional psychotherapeutic community are viewed, based upon 6 models of psychotherapy: medical, psychological, social, pedagogical, philosophic, eclectic.

Keywords: challenges of the epoch, models of psychotherapy.

КОНЦЕПЦИЯ ИСТЕРИИ

Гулиев М.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Работа психиатра, психотерапевта, клинического психолога зачастую сталкивает этих специалистов с явлением, которое принято называть истерией, несмотря на представления «о загадочном сокращении числа клинических случаев истерии в течение двадцатого века» [1]. Наблюдения за такими столкновениями позволяют сделать вывод, что разные специалисты по-разному истолковывают это явление. Разночтения начинаются, как правило, уже с момента диагностики, несмотря на стремление современной психиатрии к унификации диагностического подхода. Более того, с появлением DSM-3 истерии как отдельной нозологической единицы более официально не существует, и это нововведение закрепилось в DSM-4 и МКБ-10. В МКБ-10, например, истерию «растащили» на диссоциативные (F44), соматоформные (F45) расстройства и истерическое расстройство личности (F60.4), во многом потому, что «термин употреблять нежелательно ввиду его многозначности» [2]. Также нет четкого и общепризнанного понимания этиологии, патогенеза и лечения истерии. Например, А.М.Свядош считал обнаружение в патогенезе заболевания механизма «условной приятности или желательности» болезненного симптома специфичным для истерии [3], а в уже упомянутых критериях МКБ-10 специально подчеркивается, что «вторичная выгода» не включена в число диагностических указаний или критериев [2]. Невнятность и противоречивость концепции, в конце концов, приводит к врачебным ошибкам – самым печальным своим следствиям.

Цель работы состоит в том, чтобы кратко изложить состояние концепции истерии на сегодняшний день, осветить ее главные противоречия и подчеркнуть необходимость крайне осторожного и в целом скептического подхода к желанию «выставить истерию» пациенту для того, чтобы, как по этому поводу сказал Эллиот Слейтер, «избежать столкновения с собственным невежеством».

Традиционно считается, что история истерии начинается с Кахунского папируса, найденного в 1889 году и датированного 1950 годом д.н.э. Это самый древний египетский папирус по медицине и в нем шла речь о болезнях матки, проявления которых мы могли бы сегодня назвать истерическими. Помимо схожести описываемых симптомов, – а это дословно симптомы от боли в ягодицах до глухоты [4], – в нем есть ссылки на то, что многие симптомы являются следствием движения матки снизу вверх.

Врачи и философы античности в целом переняли взгляды на истерию, и, как считается, «отцом» истерии был именно Гиппократ. Концепция истерии Гиппократа ассоциируется с психопатологией сексуальности и хотя вместо египетских примочек и окуривания женских гениталий он лечил девушек (в отличие от вдов) замужеством, патогенез заболевания ему, как и египтянам виделся в перемещениях матки [5]. Хотя уже Гален испытывал сомнения в ценности содержания понятия «истерия» написав: ««Истерическая страсть – это всего лишь слово, столь разнообразны и бесчисленны ее проявления». Радикальная перемена точки зрения на истерию и ее лечение наступила под влиянием произведений и деятельности св. Августина (354—430 гг. н. э.), который на многие столетия привил миру демонологическую концепцию соматических заболеваний и психических расстройств [6].

Прекрасным примером понимания истерии на тот момент может быть текст, который использовался для экзорцизма у одержимых с истерической симптоматикой, обнаруженный в рукописи X века [Zilboorg, 1941, с. 130]. «... Во имя Отца, Сына и Святого Духа. Господи, Владыка небесного воинства, перед которым, дрожа, стоят Ангелы. Аминь, аминь, аминь. О матка, матка, матка, округлая матка, красная матка, белая матка, мясистая матка, кровавая матка, головчатая матка, наполненная матка, о дьявольская матка!» [7]. Здесь мы видим изменения взглядов на этиологию – с древнеегипетской анимистической на средневековую демонологическую, но с одинаковым местом их приложения, т.е. с маткой.

Дальше всех в понимании истерии продвинулся Томас Сиденгам (1624–1689), отец английской медицины. Он отвергал «маточную» и «гуморальную» этиологию, и предложил идею психической обусловленности истерии: «Они неумеренно любят тех, кого скоро будут неразумно ненавидеть». Сиденгам назвал истерию «протеем», и определил ее основной фон: «... в истерии нет ничего постоянного непостоянства» явлений.

Современная неврология и современная психиатрия развивались именно так, как развивались, во многом благодаря работе Шарко по истерии, а также тому, как эта работа была воспринята и продолжена Фрейдом. Собственно, работы по истерии Шарко и Фрейда считаются научным этапом истории истерии. В 1869 году Шарко с интересом воспринял работу британского медика Дж.Рассела Рейнольдса, которая появилась в Британском медицинском журнале. Рейнольдс утверждал, что в ряде случаев паралич конечности может быть спровоцирован постоянным размышлением пациента о возможном параличе и ожиданием такого исхода. И Шарко всегда до этого придерживавшийся мнения, что в основе любых нарушений лежат органические поражения, сформулировал новое видение механизма истерии следующим образом: «Идея или согласованная группа взаимосвязанных идей складывается в сознании навязчивым образом, изолированные от остальных идей и транслированные вовне посредством соответствующего двигательного феномена. Если дело действительно обстоит так, внушенная мысль о параличе может привести к реальному параличу». После этого умозрительного заключения стало возможно говорить о непостижимых механизмах трансформации психического в телесные симптомы, что произвело на Фрейда неизгладимое впечатление. Через месяц после приезда в Париж Фрейд написал своей Марте: «Мне кажется, я во многом меняюсь. Шарко – один из величайших врачей и специалистов, чей практический ум близок к гениальности».

Не касаясь подробно фрейдистской доктрины целиком, по поводу понимания Фрейдом истерии можно сказать следующее: поскольку каждое психическое переживание состоит из аффекта (сумма возбуждения) и содержания (ассоциация), то лишь разрядка связанного с неприятным содержанием аффекта позволяет забыть травмировавшую ситуацию и тем самым предупреждает появление истерических симптомов.

В случае отсутствия аффективной реакции на неприятное переживание оно подавляется до бессознательного и кажется забытым, но одновременно аффект отделяется от содержания и направляется из психической сферы в соматическую. Собственно идея конверсии психического в соматическое в неявном виде сохраняется и в настоящее время.

О последствиях веры в «конверсию», которая является причиной «функциональных» психических расстройств можно привести известную исследовательскую работу Эллиота Слейтера. Он тщательно изучил историю болезни 85 пациентов молодого и среднего возраста, которым был поставлен такой диагноз в Национальной клинике нервных болезней в Лондоне в 1951, 1953 и 1955 годах. Самыми важными и неожиданными выводами его исследований стали «серьезность отдаленных результатов лечения и частота неверной постановки диагноза». В ходе последующих наблюдений за больными, которые длились девять лет, 12 из 85 пациентов умерли, 14 стали полными инвалидами и 16 оформили частичную инвалидность. Большинство случаев смерти и развития инвалидности были обусловлены органическими заболеваниями, ошибочно принятыми за истерию.

Среди состояний, которые были неверно диагностированы либо неврологом, либо психиатрами, включая самого Эллиота Слейтера, были три случая васкулярной болезни, три случая опухолей и целый ряд случаев, когда истерические проявления или припадки были впоследствии классифицированы как эпилептические и т.д. [8].

Концепция истерия на сегодня переживает кризис. Самым очевидным свидетельством этого кризиса является исключение истерии из двух наиболее влиятельных психиатрических классификаций. На сегодня нет никаких оснований уверенно считать истерию клинической реальностью. Размытость формулировок, противоречивость и откровенный налет мистицизма препятствует причислению концепции истерии к современным научно обоснованным концепциям. Опора на эту концепцию в клинической практике без достаточной критичности может привести к врачебным ошибкам.

Список литературы

1. Вебстер, Р. Почему Фрейд был неправ? /Р. Вебстер; пер. с англ. Харитоновна М. – М.: АСТ, 2013 г. – 736 с.
2. Классификация психических расстройств по МКБ-10: [Электронный ресурс] / URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/14> (Дата обращения: 31.07.2107)
3. Свядоц, А.М. Неврозы/А.М. Свядоц. - М.: Медицина, 1983. – 368 с.
4. Журнал «Твое здоровье», Издательство Знание 3/95
5. Арру-Ревиди, Ж. Истерия / Жизель Арру-Ревиди; пер. с фр. Ермаковой Е.А. - М.: Астрель: АСТ, 2006. – 159 с.
6. Якубик А. Истерия: [Электронный ресурс] / URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/39> (Дата обращения: 31.07.2107)

CONCEPT OF HYSTERIA

Guliev M.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАИКАНИЯ

Зарудий А.Ф., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Чезганова М.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Гильманов А.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

В работе специалистов отделения патологии речи важнейшим организационным подходом в оказании специализированной помощи детям является ориентация на биопсихосоциодуховную модель психических расстройств, характеризующуюся комплексным подходом в терапии с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих между собой.

В комплекс мероприятий, направленных на преодоление заикания включены два основных направления – лечебное и педагогическое воздействие. Основными задачами лечебной работы являются редукция психических нарушений и расстройств поведения (снятие речевых судорог, дезавтоматизация патологического стереотипного поведения, нормализация функций нервной системы). В свою очередь, основной задачей педагогической работы является устранение речевых дефектов и коррекция психологических особенностей заикающегося ребенка. Таким образом, организуется содружественная, координированная работа специалистов – врача-психиатра, невролога, психотерапевта, психолога, логопеда, музыкального работника, воспитателя.

При преодолении заикания и других патопсихологических расстройств у ребенка большое внимание уделяется организации психологически благоприятной среды. Основную роль играют индивидуальный режим посещения стационара, режим «молчания», окружение ребенка. Необходимо поддерживать спокойное и в то же время бодрое, жизнерадостное настроение; отвлечь его внимание от тревожных мыслей о своем дефекте, создать уверенность в выздоровлении. Систематическое чередование различных видов деятельности, определенный режим дня имеют важное значение, так как способствуют нормализации и облегчению работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом.

Медикаментозное, физиотерапевтическое лечение детей с заиканием необходимо для нормализации деятельности нервной системы, устранения судорожного компонента заикания, снятия фобических проявлений, коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств, оздоровления ребенка.

В ходе индивидуальных и коллективных психокоррекционных занятий с детьми, страдающими заиканием, специалисты в доступной, образной и убедительной форме объясняют сущность заикания, его обратимость, роль самого ребенка в преодолении заикания, критически разбираются особенности поведения. Проводится внушение больному уверенности в своих силах, в возможности преодоления заикания. Педагогическую часть комплексного подхода составляет коррекционно-педагогическая работа, которая включает систему логопедических занятий, воспитательные мероприятия, логопедическую ритмику, работу с родителями.

Логопедическое воздействие осуществляется в двух направлениях: прямом и косвенном. Прямое логопедическое воздействие реализуется во время групповых и индивидуальных занятий с заикающимися. Эти занятия предусматривают развитие общей и речевой моторики, нормализацию темпа и ритма дыхания и речи, активизацию речевого общения. На занятиях у заикающихся устраняют психологические отклонения в поведении, вырабатывают (у школьников, подростков) правильное отношение к дефекту, развивают интеллектуальные способности, этические и нравственные представления, формируют гармонично развитую личность. Косвенное логопедическое воздействие представляет собой систему логопедизации всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих.

Важным разделом логопедической работы является логопедическая ритмика, которая представляет собой систему музыкально-двигательных, речедвигательных, музыкально-речевых заданий и упражнений, осуществляемых в целях логопедической коррекции.

Задачи социальной адаптации осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности

ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает каждый специалист, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи. Консультативно-методическая работа с родителями направлена на обеспечение благоприятных условий воздействия на заикающегося ребенка; создание правильного отношения к нему дома; организацию необходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий. Формами этой работы являются: обеспечение родителей необходимым минимумом знаний о сущности и причинах заикания, об особенностях его проявления и методах устранения, о значении и направленности речевых занятий, о роли родителей, об отношении окружающих к заикающемуся ребенку.

В работе с ребенком, страдающим заиканием, логопед опирается также на специфические средства обучения, в частности, используются аппарат биологической обратной связи (БОС), позволяющий логопеду контролировать качество формируемого навыка правильного произношения и плавности речи с помощью биологических показателей пациента (частота дыхания, ритм дыхания, частота сердечных сокращений).

Опыт работы отделения показал большие преимущества комплексной формы обслуживания детей, страдающих заиканием. Сочетание возможностей медикаментозного лечения и психолого-педагогического воздействия, индивидуального режима пребывания в стационаре значительно повышает эффективность лечебно-реабилитационного процесса и делает специализированную помощь более привлекательной для населения.

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний. М.: Медицина, 1974; 142-144.
2. Бенилова С.Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы: Пособие для врачей: Центр патологии речи и нейрореабилитации. М.: Медицина, 1999.
3. Бенилова С.Ю., Резниченко Т.С., Резниченко Е.А. Практика патогенетических подходов в медико-педагогической коррекции заикания у детей дошкольного возраста//Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств: Методические рекомендации научно-практической конференции «Центральные механизмы речи» посвященной памяти проф. Н.Н. Трауготт/Отв. ред. М.Г. Храковская. – СПб.: Изд-во С.Петербург.ун-та, 2001; 147.
4. Бобров А.Е., Кулыгина М.А., Белянчикова М.А., Ржезников М.В., Гладышев О.А. Влияние препарата Атаракс на когнитивные функции при лечении тревожных расстройств//Психиатрия и психофармакотерапия/Журнал для психиатров и врачей общей практики. М.: Медиа-Медика, 2000; Т. 2 (1).
5. Заикание у подростков: Кн. для логопеда: Из опыта работы/Богданова Е.В., Буянов М.И., Калошина Т.В. и др.; Сост. Буянов М.И. – М.: Просвещение, 1989.
6. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Издательство «Союз», «Лениздат», 2000.
7. Крапухин А.В. Использование технических средств коррекции речи в работе с заикающимися//Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых. М.:МГПИ, 1981; 125-132.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995; 89-91.
9. Королева И.В., Поварова И.А. Опыт разработки формализованных карт логопедического обследования взрослых и подростков с заиканием//Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств: Методические рекомендации научно-практической конференции «Центральные механизмы речи» посвященной памяти проф. Н.Н. Трауготт/Отв. ред. М.Г. Храковская. – СПб.: Изд-во С.Петербург.ун-та, 2001; 185-186.
10. Психотерапия детей и подростков: Перевод с немецкого/Под ред. Х. Ремшидта. – М. Мир, 2000.
11. Шкловский В.М. Заикание. М., 1994.

COMPLEX CORRECTION OF STAMMERING

Zarudy A.F., Chezganova M.Kh., Gilmanov A. Kh., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ФОРМАТА НЛП «ЛИНИИ ВРЕМЕНИ» У ЛИЦ СО СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Николаев Ю.М., doctoryuri@yandex.ru, к.м.н., доцент кафедры психотерапии с курсом ИПО БГМ., Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

Тимербулатов И.Ф., iftdoc@mail.ru, д.м.н., профессор, зав. кафедрой психотерапии с курсом ИПО БГМУ, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

Пермякова О.А., permyakova_olga@mail.ru, к.м.н., доцент кафедры психотерапии с курсом ИПО БГМУ., Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

Целью настоящего исследования явилось определение субъективного способа кодирования информации прошлых и будущих событий у лиц со смешанным тревожным и депрессивным расстройством.

При этом ставились задачи:

1. определить основные субмодальности (Submodality) «линии времени»;
2. определить особенности направления «линии времени» у лиц с указанным расстройством.

Применяемая методика является одной из наиболее отработанных и известных терапевтических форматов НЛП – «линия времени» в модификации Андреас С. К., и Коннера Р.В. (1). Субмодальности «линии времени» определялись по классической методике Дилтса Р., Гриндера Дж. и Бендлера Р. (2,3).

В исследовании участвовало 30 человек мужского и женского пола в возрасте 31–50 лет социально адаптированных, продолжающих работать как в государственных, так и в частных структурах, находившихся на реабилитационном лечении в психотерапевтическом отделении РПКЦ МЗ РБ (гл. врач – д.м.н. Тимербулатов И.Ф.). Исследование проводилось индивидуально с каждым из пациентов и позволило выявить ряд особенностей временных линий, присущих указанным лицам.

Главной особенностью являлось наличие характерного для большинства пациентов зигзагообразного отклонения участка «линии времени» (вне поля зрения), касавшегося событий недавнего прошлого, а именно, времени, когда обследуемые ощутили ухудшение состояния. Это можно расценить как проявление защитного механизма, присущего человеческой психике, который позволяет им «вытеснить» травмирующие события, позволив тем самым самостоятельно адаптироваться, нивелировав негативные переживания, след их в психике нарушивший и создавший прецедент дальнейшему дисгармоничному кодированию событий, уходящих в прошлое. В то же время, цепь образов событий прошлого не была грубо нарушенной и имела только незначительные отклонения у 10,5% обследуемых.

Другой особенностью являлось выявленное нарушение субъективного восприятия участка «линии времени» на ближайшие 1–3 года событий будущего, проявлявшееся в схожести субмодальностей кодирования недавнего прошлого и в меньшей степени – нарушении направлений (зигзагов) на отрезке «линия времени» – упомянутого промежутка представляющегося будущего.

Сравнение субмодальностей (2,4) прошлых и будущих событий позволило выявить следующее – общее направление «линии времени» совпадало с так называемой нормой слева направо, слегка приближаясь и удаляясь от представления настоящих событий. Уже упомянутыми выше нарушениями являлись изломы, касающиеся эпизодов недавних событий и характерные (для 69%) разбросы в направлениях отрезка 1–3 лет ближайшего будущего. Также характерным для кодирования прошедших событий было представление указанных отрезков времени в виде статичных, преимущественно в темных цветах без четких границ, и наличие субъективно воспринимаемых выраженных тягостных кинестетических ощущений в основном в области груди, в то время как события прошлого, воспринимаемые нейтрально или слабо негативно, воспринимались хотя и в похожих, но гораздо менее выраженных субмодальностях. События, расположенные на «линии времени» в ближайшие 1–3 года, воспринимались, в отличие от событий трехлетней давности, расположенных на линии более далекого будущего, были во многом сходны по своим модальностям с выше указанными негативными событиями (статичность, меньшая яркость, наличие малопривлекательных аудиальных и кинестетических составляющих). Субмодальности будущего от 3-х и более лет были хотя и менее схожими с ранее указанными нарушениями, в то же время имели размытые контуры, неопределенную окрашенность, звучание и внутренние ощущения (4).

Резюме: Таким образом, наличие выявления нарушений «линии времени» у лиц с тревожными и депрессивными расстройствами представляется актуальным в плане ее дальнейшего корригирования с акцентом на структурирование позитивно окрашенных субмодальностей и построения представлений и намерений на ближайшее будущее.

ON EFFICIENT APPLICATION OF THERAPEUTIC NLP FORMAT "LINE OF TIME" IN PERSONS WITH MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER

Nikolaev Y.M., Timerbulatov I.F., Permiakova O.A., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Abstract: The presence of distortions of the "time line" in people with anxiety and depressive disorders seems relevant in terms of its further correction, with an emphasis on structuring positively-colored submodalities and constructing ideas and intentions for the near future.

Bibliography

1. Heart of mind, Connirae Andreas and Steve Andreas, Real people press (1989)
2. Introducing Neuro-Linguistic Programming, Joseph O'Connor and John Seymour, Harper&Collins (1990)
3. NLP: the new technology of achievement, Steve Andreas and Charles Faulkner, NLP Comprehensive (1994)
4. Using your brain for a change, Richard Bandler, Real people press (1985)

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЗ РБ

Пермякова Ольга Алексеевна, доцент кафедры психотерапии ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ.

Николаев Юрий Михайлович, доцент кафедры психотерапии ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ.

Аннотация: В статье описаны психотерапевтические подходы при тревожно-фобических расстройствах в Республиканском клиническом психотерапевтическом центре МЗ РБ.

Ключевые слова: расстройства тревожно-фобического спектра, интегративный подход, симптомы, психотерапия

В последние годы отмечается значительный рост пациентов с расстройствами тревожно-фобического спектра. Согласно данным исследования NCSR (National Comorbidity Survey Replication), проведенного в США, годовая распространенность тревожных расстройств среди общей популяции составляет 18,1 %, а пожизненная — 28,2 %, что значительно больше, чем распространенность любого другого психического расстройства [6].

В эту группу расстройств включаются генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, агорафобия, обсессивно-компульсивное расстройство и социальная фобия. Тревожные расстройства характеризуются периодически возникающим состоянием тревоги, страха, дискомфорта в определенных ситуациях, сопровождаются вегетативной симптоматикой, в дальнейшем присоединяется ожидание тревоги и избегание ситуаций, с ней связанных. Нередко отмечается коморбидность тревоги с депрессивными или личностными расстройствами. Причин развития тревожных расстройств у пациентов множество: особенности личности, психогенные ситуации, зависимость от психоактивных веществ. Предрасполагающим фактором является органическое заболевание головного мозга, особенно сосудистого генеза. Способствуют росту тревожных расстройств социальная и финансовая нестабильность, пребывание страны в состоянии экономического кризиса в течение нескольких лет, отсутствие четкой перспективы и уверенности в завтрашнем дне, неудовлетворенность социальным статусом и работой не по специальности. Глобальные изменения в структуре института семьи, можно даже сказать, разрушение этого института, приводит к неудовлетворенности партнерскими или брачными отношениями, и в дальнейшем к их разрыву. Т.е. у человека нет опоры, тыла, поддержки. Дети, выросшие в таких семьях, формируются как дисгармоничные личности, неспособны в свою очередь создать полноценную крепкую семью. Добавляют «масла в огонь» средства массовой информации, смакующие катастрофы, стихийные бедствия, террористические акты и прочие «ужасы».

По данным дневного стационара Республиканского клинического психотерапевтического центра за 6 месяцев 2017 года пациенты с тревожно-фобическими расстройствами составили 23,8% от всех пролеченных пациентов. Первоначально они, как правило, обращаются к врачам-интернистам, чаще к неврологу или терапевту. Далее месяцами, а то и годами лечатся по поводу вегето-сосудистой дистонии, функциональных расстройств кардиологического или гастроэнтерологического профиля, принимают транквилизаторы и даже антидепрессанты без особого эффекта вследствие неадекватного курса терапии, что соответствует данным Гаранян Н.Г., Холмогоровой А.Б. [3]. Затем приходят в центр по рекомендации врача-интерниста или самостоятельно, установив себе диагноз, используя информацию из интернета – «спасение утопающих – дело рук самих утопающих».

В последнее время отмечается положительная тенденция: появилась категория пациентов, получавших адекватное медикаментозное лечение антидепрессантами, нейролептиками, транквилизаторами, и осознавших, что «лекарства лишь на время приглушают тревогу и страх», не давая полного излечения. Они психологически подкованы – читали литературу, интересовались этой проблемой в интернете, что-то пытались делать самостоятельно и настроены на курс психотерапии. Это пример, когда всемирная паутина является нашим помощником в деле лечения.

Терапия лиц с тревожно-фобическими расстройствами – непростая задача как для специалиста, так и для клиента. На сегодняшний день много исследований посвящено этой проблеме [1;2;4]. Первая сессия является диагностической, она направлена на установление контакта, выяснение жалоб, внутренней картины болезни, терапевтического анамнеза пациента. Решается информационно-образовательная задача. Необходимо объяснить пациенту суть заболевания, успокоить его, дать надежду на излечение. В отдельных случаях подключается медикаментозное лечение, особенно если у больного нарушен сон или социальное функционирование. Используем транквилизаторы, антидепрессанты, реже «мягкие» нейролептики. Вторая сессия посвящена более детальному исследованию личностных особенностей и анамнестических данных клиента, заключению психотерапевтического контракта, определению мишеней психотерапии. «Опытные» пациенты, имеющие немалый стаж лечения, прочитавшие медицинскую и психологическую литературу, побывавшие на приеме у целителей или экстрасенсов, понимают, что за один-два сеанса излечение невозможно. Остальные настроены на «волшебную» таблетку или гипноз, «мгновенно снимающий все симптомы». В ходе работы формируется цель терапии – «куда идем» и «как идем». Конечный результат определяется на вербальном, визуальном и чувственном уровне. Используется техника «увидеть себя достигшим цели, описать детально, примерить на себя этот образ, прочувствовать себя в нем». Техника является не только терапевтической, но и диагностической – насколько клиент мотивирован на лечение и готов к изменениям. На этом этапе выявляются внешние и внутренние ресурсы пациента, помехи в процессе психотерапии, вторичная выгода, которую несет симптом.

Психотерапевтические интервенции на начальных сессиях больше посвящены работе с симптомом. Разъясняется невротическая природа болезненного состояния, его характер, причины, осложнения и методы лечения. Пациент обучается приемам саморегуляции – прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, медитации, дыхательным упражнениям. Даются рекомендации по изменению образа жизни, физической активности. Мы обучаем пациентов пониманию и описанию своих чувств и эмоциональных нужд, способам контроля своего эмоционального состояния. Активно используется когнитивно-поведенческая терапия: выявляются неадаптивные способы мышления, убеждения относительно болезненного состояния, ощущений, вегетативных симптомов, эмоций, первую очередь тревоги и беспокойства. Выявляем мысли, запускающие тревогу и страх, помогаем перестроить когнитивные схемы. Проводим тренировку устойчивости к пугающим ситуациям методом сенсбилизации.

В работе с тревогой и страхом используем юмор, усиливаем симптомы до абсурда. Визуализация страха, описание его в разных модальностях, представление смешным персонажем помогает отделиться от него, почувствовать страх не внутри, а снаружи и, тем самым, легче контролировать его. Гештальт-терапия позволяет повзаимодействовать со страхом, процессуальная терапия Арнольда Минделла – «прожить» страх, услышать послание, которое он несет. Как правило, на этом этапе самочувствие пациентов улучшается. Некоторые из них прекращают терапию, если запрос касался

только купирования симптома. Остальные намерены продолжить психотерапию. В любом случае, уже на начальных сессиях объясняем клиентам связь тревоги и личностных качеств, актуальных стрессовых ситуаций, негативного детского опыта и т.д. Пациент делает выбор – двигаться дальше или нет.

Уже на первом этапе психотерапии выявляются мишени личностно-ориентированного подхода. Чаще всего проблемы имеют корни в детском возрасте: дисгармоничное воспитание, конфликты в семье, материнская депривация. Используем гештальт-терапию в работе с ситуацией прощения, невысказанности в отношениях со значимыми людьми. Активно используем символдраму – кататимно-имагинативную психотерапию по методике Х. Лейнера, которая позволяет проработать проблемы на бессознательном уровне, обойдя психологические защиты. Метод можно представить как некую трехмерную систему координат, где одну ось представляет работа с конфликтами (первая составляющая), другую – работа, направленная на удовлетворение архаических потребностей (вторая составляющая) и третью – работа, нацеленная на развитие креативности пациента (третья составляющая). В каждом конкретном случае работы с пациентом психотерапевт как бы перемещается в этой системе координат, оказываясь ближе то к одной, то к другой оси, используя различные техники символдрамы. Концепция метода базируется на традициях европейской глубинной психологии. В содержании сновидений наяву можно увидеть символическое представление бессознательных или предсознательных конфликтов.

Для проработки фрустраций орального периода, нарушенных отношений с матерью используется мотив «Луг», он отражает и актуальное эмоциональное состояние пациента. Этот образ несет в себе ресурсную подпитку для улучшения настоящего самочувствия. Клиент работает с картинкой луга, действует в его пространстве, сталкивается с препятствиями и пытается их разрешать. Терапевт занимает максимально разрешительную позицию, сопровождает пациента, который исследует свое бессознательное. В качестве домашнего задания предлагается нарисовать то, что происходило в образе и вести дневник психотерапии, где описывать процесс лечения, динамику, отношение к терапии и терапевту. Образ, рисунок, чувства, и осознания клиента обсуждаются на следующей встрече.

Мотив «Ручей» и следование вдоль него к истоку и устью также символизирует оральный период, развертывание психической энергии, символ настоящего, прошлого и будущего. Мотив «Гора» помогает проработать эдипальные проблемы, вопросы соперничества и достижений в социуме. Мотив «Дом» переживается прежде всего, как выражение собственной личности или одной из ее частей. В мотиве дома выражается структура, в которой пациент проецирует себя и свои желания, пристрастия, защитные установки и страхи. Мотивы следующей ступени даются в зависимости от потребностей клиента. Символдрама позволяет глубоко пережить, проработать и принять то, что при использовании вербально-когнитивных техник психотерапии оставалось бы на поверхностно-понятийном уровне.

Таким образом, лечение тревожных расстройств требует комплексного всестороннего подхода, позволяющего стабилизировать состояние пациента, сформировать стойкую ремиссию и улучшить качество жизни пациента.

Список литературы

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. - М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - С. 66-73.
2. Гаранян, Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели. Московский Психотерапевтический журнал. - 1996. - №3.
3. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. - 2013. - № 1. - С. 34-40.
4. Краснов В.М. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - №2 - С.33-38.
5. Хаустова Е.А., Безшейко В.Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств //Международный неврологический журнал. – 2012. -№2. С52-60.
6. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. — 2005. — Vol. 62. — P. 617-627.

TREATMENT OF PATIENTS WITH ANXIETY AND PHOBIC DISEASES AT REPUBLIC CLINICAL PSYCHOTHERAPY CENTRE OF HEALTH MINISTRY OF REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Permiakova Olga Alekseevna, assistants professor of Bashkortostan State Medical University.

Nikolaev Yuri Mihailovich, assistants professor of Bashkortostan State Medical University.

Abstract: The article describes approaches to psychotherapy for anxiety and phobic disorders at Republic clinical psychotherapy centre of Health Ministry of Republic of Bashkortostan.

Key words: anxiety disorders, phobic disorders, integrative approach, symptoms, psychotherapy.

Bibliography

1. Avedisova A.S. Anxiety disorders / Aleksandrovsky U.A. Mental disorders in general medical practice and their treatment. - M: GEOTAR-MED, 2004. - P. 66-73.
2. Garanyan, N.G., Kholmogorova A.B. Integrative psychotherapy of anxiety and depressive disorders based on the cognitive model. Moscow Psychotherapeutic Journal. - 1996. - № 3.
3. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B. Integration of family systemic and cognitive-behavioural psychotherapy in the treatment of patients with chronic forms of anxiety disorders // Modern therapy of mental disorders. - 2013. - No. 1. - P. 34-40.

4. Krasnov V.M. Anxiety disorders: their place in modern taxonomy and approaches to therapy. Social and Clinical Psychiatry.- 2012.-№2 - С.33-38.

5. EA Khaustova, VG Bezhesko. Modern ideas about the diagnosis and therapy of anxiety disorders // International Neurological Journal. - 2012.-№2.С52-60

6. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12 month DSM-IVments in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. - 2005. - Vol. 62.-P. 617. 627.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Пронина М.Ю., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Мингафарова З.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Габдрахманова Г.Г., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Аннотация: Непереносимость неопределенности связана с тревогой, депрессией, беспокойством и чувствительностью к стрессам. В данной работе выборка пациентов психотерапевтического стационара была протестирована с помощью опросника M.Dugas, включающего 27 пунктов. Также исследовалась взаимосвязь непереносимости неопределенности с тревогой и депрессией по шкале HADS.

Ключевые слова: непереносимость неопределенности, тревога, депрессия.

Актуальность. Одним из законов жизни, которые человек не в силах изменить, является неизбежность неопределенности практически в любой повседневной ситуации. Множество людей, сталкиваясь с неопределенностью, реагируют на нее по-разному: одни из нас переносят её достаточно спокойно, в то время как другие не могут вынести даже незначительной неопределенности. Ряд зарубежных исследователей указывает на значительную роль непереносимости неопределенности в формировании различных тревожных расстройств [1;2;4]. В отечественной клинической практике нечасто используются опросники, освещающие данный аспект переживаний пациента. Однако его знание и понимание могло бы способствовать более эффективному психотерапевтическому лечению тревожных расстройств с использованием яркой палитры рекомендаций по преодолению непереносимости неопределенности, в основном предложенных специалистами когнитивно-поведенческой модальности [1;3;5]. Поэтому необходимо внедрять в практику методики оценки непереносимости неопределенности у пациентов. В данной статье приведён опыт применения опросника, предложенного профессором канадского университета M.Dugas, с анализом корреляции с показателями тревоги и депрессии по результатам популярного в России скринингового опросника HADS. Опросник M. Dugas был выбран как наиболее удобный в клинической практике в силу его краткости и доступности для понимания.

Цель. Обследовать пациентов психотерапевтического отделения на предмет непереносимости неопределенности, проанализировать взаимосвязь полученных показателей со значениями тревоги и депрессии по тесту HADS.

Методология. В исследовании участвовали 30 пациентов Республиканского клинического психотерапевтического центра РБ, проходящих стационарное лечение по поводу невротических расстройств. Респонденты заполняли опросник M. Dugas (27 пунктов) и госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (14 пунктов). Далее устанавливалась корреляционная связь между переменными обеих шкал с использованием критерия г Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSSStatistics 17.0.

Результаты. Из 30 респондентов 5 пациентов (16,7%) обнаруживали очень высокий уровень непереносимости неопределенности, 15 человек (50%) демонстрировали умеренно высокие значения этого показателя, а 10 пациентов (33,3%) отличались достаточно хорошей переносимостью неопределенности. Сравнение результатов опросника M. Dugas со значениями тревоги по шкале HADS показало, что между ними имеется корреляция средней силы ($r=0,573$, $p<0,001$). В то же время корреляционная связь между непереносимостью неопределенности и депрессией по шкале HADS присутствовала, но оказалась слабой ($r=0,415$, $p<0,01$).

Заключение. Тест-опросник M. Dugas применим в клинической практике психотерапевтических отделений для выявления пациентов с непереносимостью неопределенности, которые составят целевой контингент для дальнейшей психотерапевтической работы по улучшению переносимости неопределенности. Данные о связи тревоги по шкале HADS с уровнем непереносимости неопределенности оказались последовательными с предшествующими исследованиями, подчеркивающими важную роль непереносимости неопределенности в формировании тревожных расстройств. Депрессия по шкале HADS и непереносимость неопределенности также оказались взаимосвязаны, но эта связь была слабой. Требуется дальнейшие исследования, которые покажут, применим ли данный опросник для оценки эффективности психотерапии.

Список литературы

1. Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
2. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893– 897

3. Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551–558.
4. Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2, pp. 291–337). New York, NY: Academic Press.
5. Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 21, 176–186.

INTOLERANCE OF UNCERTAINTY EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE

Pronina M.Y., Mingafarova Z.Kh., Gabdrahmanova G.G., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Abstract: Intolerance of uncertainty is related to anxiety, depression, worry, and stress sensitivity. A sample of psychotherapeutic inpatients was tested with 27-items questionnaire M. Dugas. The association of intolerance of uncertainty, anxiety, depression measured by HADS was also investigated.

Key words: intolerance of uncertainty, anxiety, depression

ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХИКЕ

Решетников М.М., доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа, Санкт-Петербург.

Аннотация: В статье рассматриваются традиционные представления о связи психической деятельности и мозговой активности, и развивается предложенная автором ранее (2008) гипотеза о мозге, как биологическом интерфейсе. Анализируются и обобщаются подходы к исследованиям психики в физиологии, психологии, психотерапии и психиатрии, а также то, как эти подходы проецируются в терапию пациентов с психическими расстройствами. В качестве двух основных моделей психических расстройств автором предлагается более четкое разделение органической (мозговой) патологии и собственно психических расстройств, возникающих на основе информационного (нематериального) воздействия не на мозг, а на психику. Приводится обоснование различий в нервном и психическом функционировании организма и личности, где разумная деятельность рассматривается как приобретаемая (программируемая) функция, формирующаяся в социальной информационной среде. Ставится вопрос о том, на что направлено психофармакологическое воздействие.

Ключевые слова: биологический интерфейс, информация, мозг, нервы, психика, психосоматика, психофармакология, символизация, «софт» и «железо», структуры мозга, структуры психики.

Проблема взаимоотношений и взаимосвязи головного мозга и психики на протяжении двух тысячелетий является одной из основных, наиболее загадочных и, в целом – нерешенных. Еще до Гиппократы была сформулирована (не вызывающая возражений) идея о том, что психические явления тесно связаны с работой мозга, но затем Гиппократ модифицирует эту идею, и на все последующие века постулирует, что вмещателем всех психических процессов является головной мозг. Далее будет показано, что различие этих двух формулировок, которое не всегда замечается, является принципиальным. Несмотря на огромный прогресс исследований в этой сфере, гипотеза Гиппократы на протяжении двух тысячелетий остается основной и главенствующей, как в физиологии, так и в психиатрии и психологии. Исключение составляют разве что некоторые модальности психотерапии, где психика рассматривается как эпифеномен.

Прежде чем перейти к последнему тезису (об эпифеномене) напомним некоторые ключевые этапы в формировании современных научных представлений. На стыке психологии и физиологии, благодаря теориям И.М. Сеченова и И.П. Павлова¹, сформировались две новые области знания: физиология высшей нервной деятельности (ВНД) и психофизиология. Нужно отметить, что эти две сферы знания после почти вековых попыток объяснения всей психической деятельности на основе реакций возбуждения и торможения, рефлекторной деятельности и биохимических реакций ограничили область своих интересов (за исключением единичных авторов) изучением мозговых структур, на основе которых реализуется психическая деятельность. Подчеркнем еще раз – структур, на основе которых реализуется психическая деятельность.

Однако в психиатрии и психофармакологии, по сути – все подходы к психопатологии до настоящего времени базируются на ортодоксальной теории ВНД, которая, по-прежнему, во многом идентифицирует психику и мозговые механизмы, напрямую апеллируя к анатомическому строению нервной системы, локализации функций в коре головного мозга, проводящим путям и биохимическим реакциям, связанным с нейромедиаторами. Именно этот тезис (идентификация) лежит в основе традиционных методов терапии психических расстройств, которая в большинстве психиатрических клиник осуществляется путем химического (психофармакологического) воздействия на мозговую ткань и обмен нейромедиаторов в синаптической щели.

Напомним, что в 2008 году мной была выдвинута гипотеза о мозге, как биологическом интерфейсе [2, 4, 8]. В рамках этой гипотезы проводится аналогия между мозгом и компьютером, который обычно характеризуется как аппаратная часть или «железо» ("Hardware"), и между психикой и программным обеспечением, обычно именуемым как «софт» ("Software"), а

¹ Критический пересмотр этих теорий – см. Решетников М.М. Психическое расстройство. Лекции. – СПб., Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2008. – С. 101 – 149.; второе издание: Решетников М.М. История психопатологии. Лекции. – Москва: Юрайт, 2016. – С. 101-149.

процесс воспитания и обучения рассматривается как вариант программирования. Психическая деятельность в данном случае рассматривается как вариант информационного обмена и взаимодействия, а физические и физиологические феномены – как телесные симптомы душевной жизни, не несущие никакой прагматической информации о мыслях, идеях и переживаниях, и о психических содержаниях в целом.

Исходя из этого положения, еще недавно чрезвычайно популярные попытки изучения психической деятельности с помощью ЭЭГ можно сравнить с замером сопротивления и напряжения на клеммах телевизора с целью установить, что именно транслируется по той или иной программе передач. Столь же сомнительными представляются подходы к изучению психических процессов (памяти, внимания и мышления) с помощью психологических тестов. То, что при этом измеряется и традиционно (количественно) определяется как «психические процессы», есть не что иное, как внешняя работа интеллекта, точнее – результат его способности к переработке информации (по аналогии это должно относиться к «аппаратной части», то есть к «железу» – объему оперативной памяти и скорости работы компьютера). Соотнесение этих результатов с содержанием психических процессов можно сравнить с попыткой описания биохимических и физиологических процессов в органах и тканях организма, наблюдая исключительно внешнюю физическую активность того или иного индивида (например, то, как он орудует лопатой). Собственно психическая деятельность познаваема лишь в форме самонаблюдения и рефлексии, которые на протяжении длительного периода развития психологии характеризовались как идеалистические, субъективные и ненаучные, однако в последние годы отношение к этим методам самопознания начинает меняться.

Дополнительно нужно отметить, что информация современной наукой общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор, материальны только ее носители (биологические, бумажные, электронные и т.д.). Тем не менее, являясь нематериальной, информация имеет ряд количественных и качественных характеристик. Она может быть нейтральной, эмоционально насыщенной, устрашающей, правдивой, ложной и т.д., но все эти характеристики появляются только при наличии субъекта восприятия информации. Само по себе наличие информации на каком-либо носителе (вне субъекта или при отсутствии субъекта) – фактически не существует. Лишь живые существа (и в самой высокой степени – человек) могут являться одновременно и субъектами восприятия, и производителями, и носителями, и верификаторами информации.

Укоренившиеся представления о мозге, как вместилище всех психических функций породили массу заблуждений, которые давно вошли в обиходную речь, а в науке привели к известному феномену «нагруженности теорией» (когда все, что лежит за пределами главенствующей теории исходно отбрасывается). Совершенно привычными стали фразы о том, что «у кого-то не все в порядке с нервами», хотя нервы – это просто проводники; другой вариант «мне пришло в голову», но приходит не в голову, а «на ум» и т.д. В целом, идентификация нервного и психического на уровне обиходного сознания и даже научного знания – запредельна.

Тем не менее, существуют коренные отличия нервной системы от психики. Их несколько, но главное: психика способна отличать воображаемые стимулы от реальных. Нервная система и на те, и на другие может реагировать практически одинаково. На этом основаны все техники внушения и самовнушения, когда например, представление о том, что рука погружена в горячую воду, тут же сопровождается повышением температуры кожных покровов кисти, а представление спринтерского бега на 100 метров, тотчас сказывается на частоте пульса. Но, кроме психотерапевтов, мало кто учитывает, что точно по такому же сценарию развивается психосоматическая патология, которая во многих случаях реализуется с учетом индивидуальной системы символизации конкретной личности (внутреннего психического программирования). То, что было принято близко к сердцу, проявится именно в кардиопатологии; обида, которую не удалось «проглотить» скажется на акте глотания – или в форме булимии, или анорексии; известие, от которого некогда перехватило дыхание, может проявиться в форме астматических приступов; то, от чего «подкосились ноги» вызовет боли в суставах. В целом, индивидуальная система символизации психических травм действует как многократное императивное внушение (точнее – самовнушение). С этим можно соглашаться или нет, но думаю, что даже люди предельно далекие от психотерапии не раз наблюдали, как внезапно свалившаяся на кого-то «непосильная (психологическая) ноша» (информация) тут же сгибает позвоночник.

Еще раз обратимся к психопатологии. Как представляется, мы до настоящего времени не совсем точно выделили два ее принципиально различающихся типа. А именно:

1. психопатология, которая развивается как следствие органических поражений головного мозга: вследствие инфекционных процессов, склеротических изменений, онкологических заболеваний и т.д. То есть речь идет о тех случаях, когда повреждается носитель информации – мозг (возвращаясь к аналогии с компьютером – аппаратная часть или «железо»). В этом случае даже по внешним (поведенческим и психическим) проявлениям локализация поврежденной части мозга легко опознаваема и прогнозируема, а подходы биологической медицины абсолютно адекватны: нужно лечить мозг, используя соответствующие препараты (химические вещества), с помощью оперативного вмешательства, с применением облучения или лазера и т.д.

2. психопатология, которая развивается как следствие информационного поражения самой психики, то есть – когда один нематериальный фактор (например, индивидуально значимая психическая травма) повреждает другой нематериальный фактор (нормально функционирующую психику), точно также как компьютерный вирус (информация) повреждает до этого стабильно функционирующее программное обеспечение («Software»). Самый наглядный пример – якобы «массовое отравление» нервнопаралитическим газом учащихся сразу нескольких школ в Чечне в сентябре–декабре 2005 года (которое оказалось типичным вариантом массового психического заражения ложными идеями; в целом, по такому же – паранойальному – сценарию развиваются и межнациональные конфликты [10]).

В отличие от первой группы психические нарушения в этом случае (в зависимости от индивидуальных особенностей того или иного субъекта) исходно могут реализоваться в самых различных вариантах: от легкой дисфории до

тяжелого аутизма или устойчивой паранойи. А терапия, соответственно, должна осуществляться путем информационного воздействия на поврежденные не мозговые, а на поврежденные психические структуры. Химическое воздействие, еще раз прибегнем к образному сравнению – на «Hardware», в данном случае ничего не даст (психические содержания останутся неизменными)².

При наличии нескольких (более обоснованных и более подробных) классификаций психофармакологических препаратов их также можно условно разделить на две группы: те, которые притупляют душевные переживания (возвращаясь к используемым аналогиям – снижают яркость «интерфейса», то есть экрана, на котором проецируется информация); или наоборот – стимулируют общую психическую активность и яркость восприятия. Но они никак не меняют содержательное наполнение психической сферы (информацию).

Здесь нет негативизма к психофармакологии, успехи которой было бы неверно не замечать. И автор вовсе не является ее противником, но последовательно выступает против ее необоснованного назначения (а до 60% таких назначений делают врачи общей практики), длительного, изолированного и бесконтрольного применения. В последних двух случаях имеется в виду – без систематического контроля со стороны психиатра и взаимодействия с психотерапевтом, которые внимательно отслеживают эффекты психофармакологического воздействия и изменения состояния пациентов (включая побочные реакции). Когда человек страдает физически или душевно, безусловно, вначале нужно прибегнуть к обезболиванию. Однако в случае психического страдания главной задачей остается психическое воздействие психиатров и терапевтов на состояние и содержание психической сферы пациентов.

Приведем еще один дополнительный фактор, свидетельствующий в пользу изложенной гипотезы. Изучение ферральных детей (более известных как «Маугли») показывает, что при отсутствии раннего погружения в социальную среду (или, как уже отмечалось – при отсутствии языкового программирования мозга ребенка социальным окружением) нормальная человеческая психика не формируется, впрочем, как и прямохождение. Это позволяет сделать еще один вывод, что наличие здорового мозга является необходимым, но недостаточным условием формирования и адекватного функционирования человеческой психики. А так как инстинкты и рефлексy у ферральных детей функционируют, то нужно признать их генетическую обусловленность, в отличие от разумной деятельности, которая является функцией приобретаемой, формируемой и развивающейся только в социальной информационной среде. Добавим, что ферральные дети усваивают программы поведения и язык (систему информационного обмена) того животного сообщества, в котором им удалось выжить, что еще раз подтверждает выдвинутые автором положения.

Когда эти идеи были изложены впервые, один из коллег охарактеризовал их как анти-психиатрические. Ни в коей мере! Автор с огромным и искренним уважением относится к психиатрам, которые работают с наиболее тяжелыми пациентами, патология которых выходит далеко за рамки компетенции психотерапевтов. Но это не мешает мне предпринимать попытки критического переосмысления сложившихся взглядов, теорий и методов терапии. При этом автор вовсе не претендует на истину в последней инстанции, а приглашает коллег к критическому обсуждению проблемы и выдвинутой гипотезы.

Популярность теорий И.М. Сеченова и И.П. Павлова остается достаточно высокой, более того, после некоторого периода забвения, ссылки на них вновь активно используются в российской и западной научной литературе. Объяснение этому можно найти исходя из коммерциализации медицины и многомиллиардных вложений в рекламу теорий популяризирующих биохимические теории психики и возможность коррекции психических нарушений с помощью психофармакологических средств. То, что ни один пациент с тяжелой психопатологией не был излечен с их помощью, никак не сказывается на стратегическом направлении развития современной медикаментозной терапии психических расстройств.

На протяжении двух тысячелетий мы искали психику в тканях мозга, в желудочках мозга, в электрической активности мозга, рефлекторной деятельности и, как казалось, в многообещающих представлениях о высшей нервной деятельности, а затем – в обмене нейромедиаторов. Наиболее точно эти поиски характеризуются (приобретающей все большее признание у наших коллег) фразой: «Сколько радио не разбирай, музыки в нем не найдешь!». Нет никаких сомнений, что будущее психиатрии, психотерапии, психологии и всех социальных наук будет определяться информационной теорией психики.

Список литературы

1. Бехтерев В.М. Будущее психиатрии: Введение в патологическую рефлексологию. – СПб.: Наука, 1997. – С. 23.
2. Решетников М.М. Психическое расстройство. – СПб.: Восточно-Европейский Института Психоанализа, 2008. – 272 с.
3. Решетников М.М. Современные тенденции развития психотерапии и психиатрии. - М.: Журн. Психотерапия, № 9 -2012. – С. 7-15.
4. Решетников М.М. Критический постматериализм в психологии и психиатрии. Неврологический вестник, 2011. — Т. XLIII, Вып. 2. — С. 66—69
5. Решетников М.М. Фобии: от гипотезы о бессмысленности к содержательному анализу // В кн. Фрейд З. Собрание соч. в 26 томах. Т. 5. – СПб.: Восточно-Европейский Института Психоанализа, 2012. – С. 5-16.
6. Решетников М.М. Психическое здоровье населения в свете современных тенденций - Журн. Неврологический вестник – 2013. – Т. XLV, вып. 3. – С. 71-77.

² Продолжая уже использованные аналогии, «лечение» такой психопатологии химическими веществами подобно попытке избавиться от вирусного заражения компьютера, поливая клеммы соединений его блоков щелочью или кислотой.

7. Решетников М.М. Социальные эпидемии. // В кн. Психология развития и стагнации личности в рамках современного общества. - Казань: «Синяев», 2014. – С. 143-148.
8. Решетников М.М. История психопатологии. – М.: Юрайт, 2016. – 270 с.
9. Fox J. A. – Catching a Coming Crime Wave – Scientific American, 1996, 274 (6), 40-44.
10. Volkan V. Traumatized Societies // In: Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. – London, International Psychoanalytic Association, 2003/ - P/ 2017-237.

PAST, PRESENT AND FUTURE OF SCIENTIFIC IDEAS ABOUT THE PSYCHE

Reshetnikov M.M., East European Psychoanalytic Institute, St. Petersburg.

Abstract: In this paper, traditional concepts of link between mental activity and brain activity are reviewed, and hypothesis of brain as a biological interface, which was earlier (2008) suggested by the author, is developed. Approaches to research of psyche in areas of physiology, psychology, psychotherapy and psychiatry, as well as their applications to therapy of patients with mental disorders, are analysed. The author suggests two main models of mental disorders based on clearer differentiation of organic (brain) pathology and mental disorders as such that result from informational non-material influence on psyche rather than on brain. Difference between nervous and psychic functioning of organism and personality is outlined; mental activity is viewed as an acquired or programmed function formed in social informational environment.

Keywords: biological interface, information, brain, nerves, psyche, psychosomatics, symbolization, “Software and Hardware”, brain structures, psychic structures, psychopharmacology.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Чезганова М.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Зарудий А.Ф., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

Оценка психического здоровья детского населения учитывает весь спектр психического функционирования от нормального до патологического уровня. В соответствии с этим контингенты детей возможно разделить на группы, каждая из которых имеет самостоятельные задачи в плане охраны психического здоровья.

1 группа детей – проводится оценка психического здоровья детей, не обнаруживающих признаков психической патологии. Исследование сводится к оценке уровня их психического развития, особенно в отношении развития интеллектуальных функций, группа в большей степени изучена с психолого-педагогической точки зрения.

2 группа детей – проводится исследование психического здоровья детей, у которых нет психических нарушений, но вероятность их возникновения достаточно велика в силу действия факторов риска. Вследствие этого возникает задача оценки рисков и разработки видов медицинской помощи с целью первичной профилактики. В первую очередь это относится к детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, важнейшими факторами риска для которых является хроническое эмоциональное напряжение, проявляющееся личностной и реактивной тревожностью, ведущей к различным проявлениям дезадаптации, как на функциональном, так и на органическом уровне. При прочих равных условиях повышенный уровень тревожности может служить маркером групп риска и состояний предболезни как психической, так и психосоматической патологии, включающей состояния длительного субфебрилитета, хронической утомляемости, невротического энуреза, повышенного артериального давления и т.д.

3 группа детей – где объективные трудности в плане организации помощи представляют скрытые, латентные начальные и прочие субклинические состояния. В первую очередь это различные нарушения формирования личности, задержки становления психических функций, которые проявляются на субклиническом уровне и представляют серьезную проблему для воспитания и обучения. Их оценка зависит от своевременности вмешательства врача-психиатра. Проблемы диагностики и лечения психических расстройств у детей дошкольного возраста до настоящего времени остается актуальными.

Между тем, раннее включение ребенка с психическими расстройствами и расстройствами поведения в процесс медицинской, психологической и педагогической коррекционной работы способствует раскрытию его потенциальных возможностей, обеспечивает создание необходимых предпосылок для его развития. До 85% детей с задержкой психического развития при адекватном лечении, обучении и воспитании в 7 лет поступают в общеобразовательные школы и справляются с учебной программой.

Прослеживается прямая зависимость преобладания биологических и социально-психологических факторов развития психических расстройств и расстройств поведения от возраста ребенка. В раннем детском возрасте в этиологии и патогенезе психических нарушений и нарушений развития доминируют биологические факторы (генетические, инфекционные, иммунологические, токсические, метаболические и другие.). При катamnестическом исследовании детей с различными психическими расстройствами и расстройствами поведения прослеживается следующее: на первом году жизни, дети с перинатальным поражением центральной нервной системы, как правило, наблюдаются врачом-неврологом. В последующем, при отсутствии выраженных неврологических нарушений, наблюдение врача-невролога носит несистематический характер или полностью прекращается, при том, риск развития психических расстройств и расстройств

поведения остается достаточно высоким, и, как правило, реализованным. Однако, своевременная адекватная коррекция нарушений созревания отдельных психических функций и личности в целом позволяет предотвратить развитие некоторых психических заболеваний или уменьшить нарушения социальной адаптации.

Важнейшим условием эффективной медико-педагогической коррекции и реабилитации детей с нарушением развития является соблюдение принципов преемственности и взаимодействие специалистов, участвующих в лечебно-восстановительном процессе. Выполнение этих задач достигается в виде последовательной этапной организации реабилитационного процесса.

Первым этапом психолого-медико-педагогической реабилитации является комплексное обследование особенности перинатального развития ребенка, выявление нарушений в нервно-психической сфере, в формировании отдельных психических функций. Второй этап медико-педагогической реабилитации включает проведение специализированных лечебно-диагностических мероприятий, плановой психолого-медико-педагогической специализированной стационарной коррекции с решением экспертных вопросов. На этапе амбулаторной помощи проводятся реабилитационные мероприятия, направленные на вторичную профилактику психических расстройств и расстройств поведения, социальную адаптацию ребенка.

В связи с вышеизложенным, предлагается создание бригады (в составе: врач-психиатр, врач-невролог, логопед) с целью оказания помощи детям раннего возраста (с 1,5 лет до 3-х лет) из группы риска, с латентной или начальной формами психических расстройств и расстройств поведения. Исследование детей раннего возраста из группы риска предполагается проводить в отделениях ГУЗ РДКБ, в ЛПУ, входящих в ассоциацию детских больниц Республики Башкортостан.

Задачами такой многопрофильной бригады являются:

1. Медико-педагогическое изучение личности ребенка, особенностей развития, отклонений в нервно-психической сфере, в формировании отдельных свойств и функций.
2. Выявление и изучение неблагоприятных факторов, риска развития психических расстройств и расстройств поведения, социальной дезадаптации.
3. Коррекция болезненных проявлений, динамический мониторинг, индивидуальные программы коррекции, социальной и педагогической реабилитации.
4. Составление рекомендаций для родителей по организации и проведения реабилитационных мероприятий.

В ходе работы ожидаем возможность:

1. Получить данные по развитию детей группы риска в рамках психических расстройств в их динамической взаимосвязи у детей раннего детского возраста.
2. Провести сравнительный анализ различных лечебно-реабилитационных моделей и разработать принципы междисциплинарной терапевтической тактики при психических нарушениях у детей раннего возраста.
3. Разработать принципы комплексной реабилитации детей раннего возраста из группы риска по развитию психических расстройств и расстройств поведения.
4. Получить начальные данные по распространенности психических расстройств у детей, в раннем возрасте состоявших в группе риска.
5. Предложить для апробации и внедрения модели детской психиатрической службы раннего возраста.

Список литературы

1. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Суворинова Н.Ю., Румянцева М. В., Овчинникова А.А. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей. Методические рекомендации. – М.: РКИ Соверо пресс, 2001. 40 с.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина. 1995.
3. Осипенко Т.Н.. Психоневрологическое развитие дошкольников. - М.: Медицина, 1996. - 288 с.
4. Тржесоглава З.. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1986. - 256 с.
5. Халецкая О.В.. Клинические варианты минимальной мозговой дисфункции у детей дошкольного возраста. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Пермь, 1993. - 18с.
6. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – СПб.: Деан, 1999. – 128 с.

PROSPECTS FOR DEVELOPMENT OF EARLY SPECIALIZED PSYCHOTHERAPEUTIC HELP IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Chezganova M.Kh., Zarudy A.F., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

ПСИХОСОЦИОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Шарипова Ф.К., к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

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

Аннотация: В статье рассматриваются современные возможности психосоциореабилитации подростков с сахарным диабетом первого типа. На инициальном этапе были проведены тестирования подростков на наличие эмоциональных изменений с помощью психометрических шкал. В ходе исследования психоземotionalного фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра. Для проведения психолого-педагогической помощи использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. У всех подростков, получивших комбинированную интегративную психолого-педагогическую помощь в обследованной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. К концу групповых тренингов у 82% пациентов отмечалась редукция аффективной симптоматики и быстрое наступление ремиссии, что свидетельствует об эффективности применения комбинированных методов психолого-педагогической помощи.

Ключевые слова: психология, педагогика, подростки, сахарный диабет.

Актуальность. В настоящее время широко развиваются методы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с психосоматическими заболеваниями, среди которых: психообразование, когнитивные тренинги, арт-терапия, тренинг социальных навыков, семейные подходы, когнитивно-поведенческая терапия и др. [7]. Целесообразным направлением работы с детьми и подростками с сахарным диабетом I типа является комплексная фармакотерапевтическая и медико-психологическая помощь с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий [17]. Современные тенденции клинической психологии показывают важность исследования процессов психической адаптации в ситуации болезни, то есть того, как дети с СД реагируют на хроническую фрустрирующую ситуацию блокирования их актуальных жизненных потребностей [9]. Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035 г. оно может увеличиться до 592 млн. [20]. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД [21]. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (DiabetesAtlas, 6th ed. IDF, 2015). Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65–80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов [3]. Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациент вовремя обращается в медицинские учреждения [10]. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений [8]. Большинство больных, которым ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по несколько раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований [6]. Согласно исследованиям российских психиатров, особенно сложно это представить детям и подросткам, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда [1,5]. Больные дети и подростки с установленным диагнозом СД нуждаются в индивидуальной психолого-педагогической поддержке [4,15]. Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между психологом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня [2,22]. В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы комплексного подхода к лечению и организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков [14,16]. Высокая распространенность тревожно-фобических расстройств, тенденция к затяжному течению, существенное снижение качества жизни и уровня социальной адаптации у значительной части детей и подростков с сахарным диабетом первого типа привлекают внимание исследователей к этой проблеме [18,19]. Остаются дискуссионными вопросы о факторах, принимающих участие в формировании тревожно-фобических расстройств, нет единства в оценке преморбидных личностных особенностей пациентов с данной патологией [13]. Сохраняется актуальность изучения коморбидности расстройств эмоциональной сферы при разных формах СД первого типа [11,12].

Цель исследования. Изучить современные подходы к психосоциореабилитации и психокоррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков с сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы исследования. В условиях НИИ Эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С группой проводились занятия медицинскими психологами, педагогами по ритмике и постановке танцев, психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

Результаты. На инициальном этапе были проведены тестирования подростков на наличие эмоциональных изменений с помощью психометрических шкал. В ходе исследования эмоционального фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания (15%).

Основными целями проводимой психосоциореабилитационной программы являлись:

1. Проведение семейной и рациональной психотерапии.
2. Реабилитационная программа.
3. Улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности).
4. Обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства.

В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объеме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков. Участники в процессе занятий обучались телесной рефлексии, тренировали способность отслеживать собственные переживания и волнения, осознавать и принимать себя, свои негативные и позитивные эмоции и их причины посредством отражения внутреннего мира через танец и элементы пантомимы. Экспрессивность в танце помогала выражать разнообразные чувства. Анализ танцевально-двигательной деятельности позволяет снять телесные блоки и зажимы, в большом количестве наблюдающиеся в подростковом возрасте. Использование танца как метафоры дает возможность структурировать и трансформировать внутренний мир личности в целом. Основными принципами танцевально-двигательной терапии в работе с подростками является использование невербальных форм взаимодействия и спонтанности, возможность интерпретировать переживаемые чувства и эмоции посредством танца, почувствовать свободу выбора собственных движений. Отсутствие слов заставляло подростков сфокусировать внимание на своих движениях и перемещениях, его главных экспрессивных выражениях, телесных реакциях в социальном контексте. Игровой и творческий компоненты метода вовлекали подростка в групповую работу, вызвали интерес, живой эмоциональный отклик, а также готовность исследовать себя и окружающую реальность. Подростки с удовольствием проявляли оригинальность и креативность, создавая собственный танец. Глубинный психотерапевтический эффект такой работы связан с тем, что танец служит также хорошей психоэмоциональной разрядкой, помогает выразить значимые чувства, а также освободиться от негативных эмоций, которые копятся в повседневной жизни подростков, страдающих психосоматической патологией. На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В процессе исследования участвовали педагоги с большим опытом работы в области творчески прикладных направлений. В ходе данных занятий была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 98%. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась

необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков. Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде психорисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом. По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты творческого труда. У всех подростков, получивших комбинированную интегративную психолого-педагогическую помощь в обследованной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов, нормализация внутрисемейных и межличностных взаимоотношений.

Вывод. Таким образом, психосоциореабилитация с использованием новых креативных подходов к психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении данной категории подростков. Подростки с сахарным диабетом первого типа в ходе проведённой комбинированной психотерапии овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями и жизненными стрессами. К концу групповых тренингов у 88% пациентов отмечалась редукция аффективной симптоматики и быстрое наступление ремиссии, что свидетельствует об эффективности применения комбинированных методов психолого-педагогической помощи. Психосоциореабилитация подразумевает мультидисциплинарный подход в решении значимых для будущей жизни подростка с психосоматической патологией вопросов, в том числе, способствующих становлению системы жизненных ценностей, адекватной самооценки и осознанию значимости собственной личности, самоорганизации, выработке стратегий позитивного преодоления трудностей, формированию прочных личных взаимоотношений и гармонично развитой личности.

Список литературы

1. Балаболкин М. И., Чернышова Т.Е., Трусов В.В., Гурьева И.В. Диабетическая нейропатия: патогенез, диагностика, классификация, прогностическое значение, лечение (учебно-методическое пособие). -М.: Экспертиза, 2003 - с.3-105.
2. Бережная Е.А. Использование танцевально-двигательной терапии в организации досуговой деятельности подростков // Современные проблемы социальной психологии и социальной работы: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 23 марта 2016 г. / науч.ред. В.В. Горшкова. – СПб.: СПб ГУП, 2016.С. 92-94.
3. Вассерман Л. И. Психодиагностические критерии в оценке совладающего со стрессом болезни поведения у больных сахарным диабетом / Л.И. Вассерман, Н.П. Ванчакова, Ю.С. Астахов, Е.А. Трифонова, Ф.Е. Шадрин, В.Г. Береговский, Н.Б. Холезова // Психиатрические аспекты общемедицинской практики. – СПб.: Санкт-Петербургский психоневрол. ин.им. В.М.Бехтерева, 2005. – С. 99–100.
4. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. - 2004. - № 4. -79-86с.
5. Вечканов В.А. Особенности нервно-психических расстройств у детей и подростков, больных сахарным диабетом. Дисс. ... канд. мед.наук. - М. - 1973.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Сахарный диабет в России: проблемы и решения. – М. - 2008. – С. 3-6.
7. Копытин, А.И. Арт-терапия психических расстройств.– СПб.: Речь, 2011.С. 368
8. Лобанова Е.В. Реакция на болезнь у больных сахарным диабетом / Е.В. Лобанова, С.П. Генайло // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание. Томск, 2005. -№2. – С.89-93.
9. Мельникова А.А. Норма и патология в культурологическом контексте// Никоновские чтения. Электронный сборник научных статей: в 2-х томах. 2016. С. 115-118.
10. Мотовилин О.Г. Психологические аспекты сахарного диабета / О.Г. Мотовилин, Е.В. Суркова и др./ Вопросы психологии и психиатрии в практике лечения сахарного диабета – М., 2008. – С. 22-34.
11. Никольская И.М., Коломиец И.Л. Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. – 02.2011. – Том 15. – С. 40-45.
12. Ходоров Дж. Танцевальная терапия и глубинная психология: Движущее воображение / пер.с англ. — М., «Когито-Центр», 2009.—221 с
13. Щукина Е.Г., Бибикина Е.А. Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом// Экология человека. – 2000, № 3. - С. 41.
14. Холмогорова А.Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития. // Журн. Терапия психических расстройств. М. 2006. №2 17-25с.
15. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.В. Семейные факторы депрессии //Вопросы психологии. 2005. №6, 63-71с.
16. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных, соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. //Социальная и клиническая психиатрия.-1998.- т.8, №4, 81-97с.
17. Ялтонский В.М., Самарина М.А. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни подростков с сахарным диабетом (1 типа) // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - М.: OOOONEBOOK.RU, 2013. - С.150

18. Christopher Bass, Robert Peveler and Allan House Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists *British Journal of psychiatry* 2001; 179, 11-14
19. D.MaryEminson. Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors *Advances in Psychiatric Treatment* 2001; vol. 7, pp. 266-274
20. *Diabetes Atlas*, 6th ed. IDF, 2015 // www.idf.org/diabetesatlas
21. Guariguata L., Whiting D.R., Hambleton I. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035 // *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2014. Vol. 103. № 2. P. 137–149
22. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2006. –Vol. 9, N.I. – P. 75–85.

PSYCHOSOCIOREHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH DIABETES OF THE 1st TYPE.

Sharipova F.K., assistant professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy, Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

Babarahimova S.Borievna, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy, Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

Abstract: In the paper new approaches to rendering psychosociorehabilitation of teenagers with diabetes of the first type are considered. At the initial stage testings of teenagers for emotional changes with psychometric scales have been held. During the research of psychoemotional background signs of depressive frustration of the neurotic register have been found in 96,6% of the examined teenagers. For carrying out the psychological and pedagogical help different types of active group work were used: functional training of development of abilities and self-confidence, communication training, body focused therapy, dancing and motive therapy, cognitive training. In all teenagers who have received the combined integrative psychology and pedagogical help in the examined group improvement of the general state and emotional background has been noted. 88% of patients with depressive disorders in the process of combined integrative psychological and pedagogical help were able to develop and strengthen self-control.

Key words: psychology, pedagogy, teenagers, diabetes.

Bibliography

1. Balabolkin M. I., CHernyshova T.E., Trusov V.V., Gur'eval V. Diabeticheskayanejropatiya: patogenez, diagnostika, klassifikaciya, prognosticheskoeznachenie, lechenie (uchebno-metodicheskoe posobie). -M.: EHkspertiza, 2003 - s.3-105.
2. Berezhnaya E.A. Ispol'zovanie tanceval'no-dvigatel'noj terapii v organizacii dosugovoj deyatel'nosti podrostkov // *Sovremennye problemy social'noj psihologii i social'noj raboty: materialy XIV serossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii mezhdunarodnymuchastiem*, 23 marta 2016 g. / nauch.red. V.V. Gorshkova. – SPb.: SPbGUP, 2016. S. 92-94.
3. Vasserman L. I. Psihodiagnosticheskie kriterii ocenki sovladayushchego sostoyaniya bol'nyh saharnym diabetom / L.I. Vasserman, N.P. Vanchakova, YU.S. Astahov, E.A. Trifonova, F.E. SHadrichev, V.G. Beregovskij, N.B. Holezova // *Psihiatricheskie aspekty obshchego medicinskoj praktiki*. – SPb.: Sankt-Peterburgskij psihonevrolog. in. im. V.M. Bekhtereva, 2005. – S. 99–100.
4. Velikanova L.P., SHEvchenko YU.S. Psihosomaticheskierasstrojstva: sovremennoe sostoyaniye problemy (chast' 1) // *Social'naya i klinicheskayapsihiatriya*. - 2004. - № 4. - 79-86s.
5. Vechkanov V.A. Osobennostinervno-psihicheskirasstrojstvudetej i podrostkov, bol'nyh saharnym diabetom. *Disc. ... kand. med. nauk*. - M. - 1973.
6. Dedov I.I., SHEstakova M.V., Suncov YU.I. Saharnyj diabet v Rossii: problemy i resheniya. – M. - 2008. – S. 3-6.
7. Kopytin, A.I. Art-terapiya psihicheskirasstrojstv.–SPb.: Rech', 2011. S. 368
8. Lobanova E.V. Reakciya na bolezni u bol'nyh saharnym diabetom / E.V. Lobanova, S.P. Genajlo // *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii: nauchno-prakticheskoe izdanie*. Tomsk, 2005. -N2. – S.89-93.
9. Mel'nikova A.A. Norma i patologiya v kul'turologicheskom kontekste // *Nikonovskie chteniya. EHlektronnyj sbornik nauchnyh statej: v 2-h tomah*. 2016. S. 115-118.
10. Motovilina O.G. Psihologicheskie aspekty saharnogo diabeta / O.G. Motovilina, E.V. Surkova i dr. // *Voprosy psihologii i psihiatrii v praktike lecheniya saharnogo diabeta* – M., 2008. – S. 22-34.
11. Nikol'skaya I.M., Kolomic I.L. Uroven' nevrotizacii i stili sovladayushchego povedeniya materej detej, bol'nyh saharnym diabetom // *Rossijskij semejnij vrach*. – 02.2011. – Tom 15. – S. 40-45.
12. Hodorov Dzh. Tanceval'naya terapiya i glubinnaya psihologiya: Dvizhushchee voobrazhenie / per.s angl. — M., «Kogito-Centr», 2009.— 221 s.
13. SHCHukina E.G., Bibikova E.A. Nekotorye psihologicheskie osobennosti detej i podrostkov s saharnym diabetom // *EHkologiya cheloveka*. – 2000, № 3. - S. 41.
14. Holmogorova A.B. Psihoterapiya psihicheskirasstrojstv: sovremennoe sostoyanie i osnovnyye tendencii razvitiya. // *ZHurn. Terapiya psihicheskirasstrojstv*. M. 2006. №2 17-25s.
15. Holmogorova A.B., Volikova C.B., Polkunova E.V. Semejnnye faktory depressii // *Voprosy psihologii*. 2005. №6, 63-71s.

16. Holmogorova A.B., Garanyan N.G. Mnogofaktornaya model' depressivnyh, trevozhnyh, somatoformnyh rasstrojstv kak osnova ih integrativnoj psihoterapii. //Social'naya i klinicheskaya psihiatriya.-1998.- t.8, №4, 81-97s.
17. YAltonskij V.M., Samarina M.A. Osobennosti motivacionnogo urovnya vnutrennej kartiny bolezni podrostkov s sahnym diabetom (1 tipa) // Materialy V Mezhdunarodnogo kongressa «Molodoe pokolenie XXI veka» / pod red. A.A. Severnogo, YU.S. Shevchenko. - M.: OOO ONEBOOK.RU, 2013. - S.150
18. Christopher Bass, Robert Peveler and Allan House Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists British Journal of psychiatry 2001; 179, 11-14
19. D.MaryEminson. Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors Advances in Psychiatric Treatment 2001; vol. 7, pp. 266-274
20. Diabetes Atlas, 6th ed. IDF, 2015 // www.idf.org/diabetesatlas
21. Guariguata L., Whiting D.R., Hambleton I. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035 // Diabetes Res. Clin. Pract. 2014. Vol. 103. № 2. P. 137–149
22. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships // The Spanish Journal of Psychology. – 2006. –Vol. 9, N.I. – P. 75–85.

Т Е З И С Ы

О РАЗРАБОТКЕ ПОДПРОГРАММЫ «ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ И ИНЫХ ФОРМ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ» ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН»

Адгамов М.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

SUBPROGRAMME "PREVENTION OF SUICIDE AND AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOUR" WITHIN THE STATE PROGRAMME "SOCIAL SAFETY IN BASHKORTOSTAN"

Agdamov M.Kh., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Разработка и утверждение в рамках государственной программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан» подпрограммы «Профилактика суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения» осуществляется 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.

С учетом отсутствия разработанных на федеральном и региональном уровне аналогичных программ, на начальном этапе 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.

При разработке проекта подпрограммы учитывались Требования и методические рекомендации по разработке и корректировке государственных программ, утвержденные постановлением Правительства РБ от 17 марта 2016 года № 77.

Целью подпрограммы является 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 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).

В настоящее время проект постановления согласован Министерством экономического развития РБ – уполномоченным республиканским органом исполнительной власти, выполняющим методическое руководство и координацию работ по разработке и реализации государственных программ Республики Башкортостан, и направлен на экспертизу в Министерство финансов РБ.

ОРГАНИЗАЦИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Адгамов М.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ON MEDICAL PROVISION ORGANIZATION

Agdamov M.Kh., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Одной из существенных статей расходов системы здравоохранения является лекарственное обеспечение, которое занимает отнюдь не последнее место в структуре затрат.

Не исключением является и ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, где расходы по статье «медикаменты» в круглосуточных и дневных стационарах за 12 месяцев 2015 года составили порядка 5,5 % от всех затрат.

Именно поэтому рациональное и адекватное использование лекарственных препаратов является одной из актуальных проблем отечественного здравоохранения.

В основе многих национальных программ по рациональному использованию лекарственных средств лежит концепция ВОЗ об основных лекарствах. При этом главная цель системы лекарственной помощи формулируется как обеспечение населения самыми необходимыми лекарственными средствами, в достаточном количестве, надлежащего качества и по доступным ценам.

В Российской Федерации данное направление получило развитие при формировании перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Эта работа стала началом решения на государственном уровне социально значимой задачи по рациональному использованию лекарственных средств. Первый перечень ЖНВЛС, подготовленный на основе данных независимой экспертизы, был утвержден Минздравом России в январе 1992 г. В дальнейшем перечень ЖНВЛС периодически пересматривался. Федеральный перечень являлся базовым документом для формирования территориальных перечней лекарственных средств.

Качественно новым подходом к решению проблемы рационального использования ЛС стала разработка формулярной системы. Внедрение формулярной системы преследовало следующие цели: медицинские (унификация и стандартизация деятельности практического врача в области лекарственной терапии, исключение из его арсенала малоэффективных и небезопасных средств), экономические (рациональное использование имеющихся средств), социальные (обеспечение доступности необходимых медикаментов), управленческие (формирование лекарственного рынка по приоритетным направлениям).

Основу для формулярной системы на рубеже 2000 годов заложили нормативные и правовые документы Минздрава России: приказы: № 328 «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями (организациями)», приказ «О внедрении специальности «клиническая фармакология», приказ «О совершенствовании деятельности врачей-клинических фармакологов», методические письма: «О примерном положении о формулярной комиссии», «О мерах по усилению контроля за назначением лекарственных средств», «О внедрении в практику здравоохранения третьего выпуска Федерального Руководства по использованию ЛС для врачей», «О неблагоприятных побочных действиях лекарственных средств» и др.

В Республике Башкортостан процесс внедрения формулярной системы начался в 2000 г. и завершился после подготовительного периода, когда были изданы приказы Минздрава РБ: «О создании ФТК МЗ РБ», «О клинических комиссиях ФТК МЗ РБ», «О разработке базовых перечней (формуляров) ЛС», составлением и утверждением первого республиканского формулярного списка ЛС.

Регулярно пересматриваемый республиканский формулярный перечень, как перечень, включающий помимо препаратов федерального перечня ЖНВЛП, большое количество лекарственных препаратов, отобранных на основе экспертной оценки, просуществовал вплоть до лета нынешнего года.

В настоящее время единственным перечнем для организации лекарственного обеспечения в стационарных условиях стал федеральный перечень ЖНВЛП.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Агибалова Т.В., доктор медицинских наук, руководитель отделения психотерапии, психологии и реабилитации ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии ДЗ г. Москвы». Россия, Москва.

Бузик О.Ж., доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии ДЗ г. Москвы». Россия, Москва.

Петросян Т.Р., кандидат медицинских наук, заведующий отделением, специализированном для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии ДЗ г. Москвы». Россия, Москва.

LOYALTY TO TREATMENT IN AIDC-INFECTED GRUG-ADDICTS (PRELIMINARY RESEARCH)

Agibalova T.V., Buzik O.Zh. Petrosyan T.R., Moscow, Russia.

Проблема профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у больных наркоманией, как и проблема лечения зависимости от ПАВ у ВИЧ-инфицированных является результатом низкой приверженности к лечению в целом у данной категории больных. В настоящее время не существует методик, которые позволили бы сделать так, чтобы все пациенты, зависимые от ПАВ, могли следовать прописанному режиму наблюдения у нарколога и инфекциониста. Необходимо разработать такой многоуровневый подход, который предполагает обеспечение приверженности наркологических пациентов с ВИЧ инфекцией к наркологической и инфекционной помощи в комплексе с АРТ. Для достижения этой цели мы решили провести ряд предварительных исследований. Одной из задач стало изучение эффективности применения пролонгированного инъекционного налтрексона у пациентов, зависимых от ПАВ с ВИЧ-инфекцией. Анализ результатов обследования 148 пациентов с зависимостью от ПАВ, принявших участие в программе лечения с применением инъекционного пролонгированного налтрексона показал, что вторую инъекцию получили 86 человек (58,1%), три инъекции было сделано 42 пациентам (28,4%). При анализе годового катамнеза было выявлено, что только 26 пациентов (17,6%) получили полный 12-ти месячный курс и продолжали воздерживаться от употребления ПАВ, регулярно посещали нарколога и инфекциониста, следовали предписанному режиму терапии. Эти результаты значительно ниже, чем у такой же категории пациентов без ВИЧ-инфекции. Таким образом, ВИЧ-инфицированные пациенты с зависимостью от ПАВ – особая категория, требующие особого подхода. Необходимо специфическое сопровождение лечению, которое бы обеспечивало высокую приверженность и поддержку мотивации на лечение.

ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МАЛОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ.

Аглетдинова А.А., Валитова Р.М., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

SCHOOL DESADAPTATION IN CHILDREN AS MANIFESTATION OF MINIMAL BRAIN DISFUNCTION

Agletdinova A.A., Valitova R.M., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

В настоящее время проблемы, возникающие у детей в связи с обучением в школе, привлекают к себе внимание врачей многих специальностей, а так же психологов и педагогов. Различные трудности в обучении отмечаются у 40% школьников (Дубровинская Н.В и соавторы.,2000).

Под школьной дезадаптацией понимают нарушения приспособления ребенка к условиям обучения в школе. В.Ф. Шалимов и соавторы (2001) установили, что явление школьной дезадаптации испытывают до 40% учащихся начальных классов школ. У 52,2 % детей школьного возраста причиной является минимальная мозговая дисфункция (Н.Н. Заводенко и соавторы 1999г.)

Минимальная мозговая дисфункция (ММД) представляет собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений детского возраста. Принято рассматривать ММД как следствие различных неблагоприятных воздействий на развивающийся мозг, которое выражается в возрастном несоответствии отдельных высших психических функций или их дисгармоничном развитии. Интеллектуальный уровень детей с ММД может быть в пределах возрастной нормы, но при этом дети испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации.

Клиническая картина ММД определяется ключевыми синдромами:

- дефицита внимания и гиперактивности;
- «диспраксии-дисгнозии»;
- минимальной статико-моторной недостаточности.

Диагноз ММД ставится на основании комплексного обследования: педиатрического, неврологического, психолого-педагогического, логопедического, нейропсихологического.

Комплекс реабилитационных мероприятий при ММД включает в себя:

- педагогическое воздействие;
- психологическое воздействие;
- психотерапевтическое воздействие;
- медикаментозная коррекция.

Помощь детям с ММД должна носить межведомственный характер и включать в себя не только специалистов здравоохранения, но и образования, социальных служб. По необходимости дети должны быть консультированы в специализированных центрах по лечению данной патологии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В., Нурлыгаянова Л.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

STATISTICS ON PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Alyangina S.U., Klich T.Y., Semenova G.V., Nurligayanova L.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Наиболее часто в детском возрасте психогении проявляются в виде неврозов. Западно-германские исследователи G. Nissen, P.Strunk (1989) подразделяют неврозы в детском возрасте на две группы: психогенные нарушения с преимущественной психической симптоматикой и психогенные нарушения преимущественно с соматической симптоматикой.

Нами было изучено состояние здоровья 361 ребенка, обратившихся в детский психотерапевтический кабинет городского психоневрологического диспансера в течение трех лет, частота психосоматических расстройств (ПСР) составила 47,1% (170 человек). Из этого числа на втором этапе исследования была выделена группа детей с ПСР (81 ребенок), составивших основную группу, за которыми велось динамическое наблюдение в течение трех лет.

Изучение структуры психоневрологических расстройств у детей основной группы выявило: тревожно-фобические расстройства в 77,8% наблюдений, невротическую депрессию – в 13,3%, неорганический энурез – в 4,9% и заикание – в 3,7% случаев.

На диспансерном учете по поводу различных соматических заболеваний состояло 56,8% детей, из них высказывали жалобы на свое здоровье в 2,1 раза чаще дети с полисистемными ПСР

В структуре психосоматических расстройств у исследуемых детей первое место занимала патология ЖКТ (63,0%), второе – заболевания сердечно-сосудистой системы (48,2%), третье – мочевыделительной системы (21%). Во всех случаях наблюдения у детей основной группы вегетативные дисфункции появлялись на фоне психотравмирующей ситуации: дети основной группы в 18,0% случаев отмечали завышенные требования родителей, в 48,0% – ссоры между родителями, в 15,0% – смерть бабушки или дедушки, в 19,0% случаев – перевод в другую школу. При внимательной и доверительной беседе дети и их родители указывали на психогенный фактор (стресс) как на основной пусковой момент заболевания.

Родители воспринимали первые симптомы расстройства нервной системы у детей (астению) как баловство и лень. Это приводило к неправильному отношению к ребенку и неадекватным мерам воспитательного характера. Таким образом, в поле зрения специалистов дети попадали поздно, на 1–6-й месяцы от начала заболевания.

Изучение анамнеза детей основной группы показало, что у этих детей уже в младенческом и раннем детском возрасте были вегетативные дисфункции. В дошкольном возрасте вегетативные дисфункции закреплялись и протекали как состояния или как соматические заболевания.

ПРОГРАММА « ДЕТИ В НАС, И МЫ В ДЕТЯХ» КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Алянгина С.У., Семенова, Нурлыгаянова Л.Р., Чевпцова Н.Л., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PROGRAMME “CHILDREN INCIDE US ” AS A NECESSARY CONDITION FOR SOCIAL MENTAL HEALTH

Alyangina S.U., Semenova, Nurlygayanova L.R., Chevpetsova N.L., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Необходимость данной программы назрела давно. ЦРУ, изучив победу в ВОВ СССР, поставило задачу завоевания России через разрушения семьи и её ценностей. В старых дореволюционных книгах про кризис подросткового возраста, написано просто «не познав, что такое плохое, личность не научится хорошему». Это про «бурю в стакане воды», когда родители для своих детей перестают быть авторитетом. Раньше пионерская и комсомольская организации, помогали взрослеющей личности, определится в кризисные периоды, теперь только загруженность занятиями во всевозможных секциях и привычка заниматься в них помогают пройти этот кризис. Поэтому так важно восстановить внутрисемейные связи, ведь без них нет здорового ребенка, а есть личность, страдающая психосоматическими расстройствами.

Работа проводилась в школе, в определенном классе только после того, как родители сами заявили о такой потребности. В программе «Дети вы нас и мы в детях» два блока работы – с детьми и родителями. С детьми проводились тренинги по темам агрессии и сотрудничества. Для родителей были лекционно-тренинговые занятия по этим темам. Цель одна – дать возможность родителям и детям понимать, слышать, уважать друг друга и жить как единое целое.

Работа с агрессией:

- сказкатерапия;
- лекция-беседа откуда агрессия произошла и для чего;
- комфорт и дискомфорт (упражнения и обсуждение);
- упражнение слепой и поводырь (обсуждение);
- упражнение на самоконтроль (обучающий модуль, обсуждение);
- упражнения на внимание и взаимодействие;

Работа на взаимодействие:

- история вопроса
- мозговой штурм
- сказка (придумывание, проигрывание, обсуждение)

Родительский тренинг – самоконтроль и основы безконфликтного общения.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

Асадуллин А.Р., Юлдашев В.Л., Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Уфа

CLINICAL-GENETIC ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOUR OF SYNTHETIC CATHINONES USERS

Asadulin A.R., Yuldashev V.L., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Частота суицидов представляет собой один из наиболее объективных показателей психического здоровья общества. Одной из проблем роста суицидальной напряженности можно считать лавинообразный рост потребления дизайнерских наркотиков (ДН). Синтетические катиноны (СК) – наиболее яркая обширная и распространенная группа ДН, созданная на основе, ката-алкалоида, кустарника семейства Бересклетовых. Установлено, что распространенность самоубийств среди потребителей СК 18 раз выше, чем в популяции.

Материалы и методы исследования. Исследовано 349 образцов ДНК, выделенных фенольно-хлороформным методом из периферической крови (Mathew, 1984). Для всех исследованных полиморфных вариантов, как в ОГ, так и КГ, распределение частот генотипов данного локуса соответствует равновесию Харди – Вайнберга ($p < 0.05$). Опытная группа (ОГ) была представлена этническими татарами N-182 (средний возраст – 23,7 + 0,8 лет), потребителями СК. Контрольная группа (КГ) (22,8 + 0,6 лет) не обнаруживала признаков зависимости и была, тождественными ОГ. Критерии исключения – наличие сопутствующей психопатологии. Генотипирование проводили путем амплификации ДНК, при помощи метода полимеразной цепной реакции с использованием Амплификатора Терцик (ДНК-технологии). С целью оценки статистической значимости исследуемых выборок различий использовались критерий Пирсона (χ^2) и значение p -уровня ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждение. Выявлено 74 (41%) пациента ОГ, имевших суицидальную попытку. Наличие суицидальных намерений показали 111 (61%) опрошенных ОГ. Большинство респондентов ОГ заявило о суицидальных намерениях в период АС – 56 (30,8%), что согласуется с литературными данными. При анализе ассоциации «ген-признак», было выявлено статистически значимое различие, носителей генотипа *10/*10 гена транспорта дофамина DAT1 (V40) ($\chi^2 = 11,055$; $p = 0,025$); с суицидальным поведением в период интоксикации. Было выявлено наличие статистически значимой корреляции между носителями генотипа *A1/*A1 гена рецептора дофамина DRD2 и попытками суицида, совершенными в период абстиненции. Установлено наличие статистически значимой корреляции между наличием полиморфного варианта *C/*C полиморфизма T102C гена рецептора серотонина типа 2A – 5-HT₂ и суицидальными намерениями ($\chi^2 = 9,146$; $p = 0,01$). Приведенные данные свидетельствуют о важной роли генетических факторов влияющих дофаминовые и серотониновые рецепторы и их корреляцию с риском суицидального поведения.

РОЛЬ ИНТЕРНЕТ - ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОДЕЛЯХ ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ

Р.Р.Ахмадеев¹ (д.м.н., профессор), М.Ф. Тимербулатова^{1,2}, В.Л.Юлдашев³ (д.м.н., профессор), И.Ф. Тимербулатов^{1,2}(д.м.н.), Е.М. Евтушенко^{1,2}

1 ГАУЗ Республиканский клинический центр психотерапии МЗ РБ, Уфа.

2 Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

3 Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

ROLE OF INTERNET-ADDICTIVE BEHAVIOUR IN TEENAGER SUICIDE MODELS

Akhmadeev R.R., Timerbulatova M.F., Yuldashev V.L., Timerbulatov I.F., Yevtushenko E.M., Ufa, Bashkortostan.

Совокупность психофизиологических, природных, социальных, личностных факторов, приводящих к формированию и реализации суицидального поведения у подростков объединены в различные модели, наиболее известными и признанными из которых являются модель развития суицидального поведения у подростков J.A.Bridge, T.R.Goldstein, D.A.Brent; интерперсональная модель Т.Е. Joiner и когнитивная модель суицидального поведения. Каждая из этих моделей обладает определенными преимуществами, отдает предпочтение определенным факторам или их совокупности, и более или менее корректно объясняет феномен подросткового суицида.

Вместе с тем, ни одна из них в полной мере не учитывает участие современной, весьма агрессивной и навязчивой, неуправляемой информационной среды на аутодеструктивное поведение подростков в общем, и самоубийства – в частности. Вместе с тем, такие свойства интернета как суицидальные сайты и пакты самоубийств; практически беспрепятственное распространение этой деструктивной информации; усугубление суицидального поведения за счет усиления процессов психофизиологической и психосоциальной дезадаптации, характерной для интернет-аддиктов и т.д. диктуют необходимость создания новых моделей суицидального поведения, учитывающих нерациональное и проблемное использование информационных технологий.

О БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРАХ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Р.Р.Ахмадеев¹ (д.м.н., профессор), И.Ф.Тимербулатов^{1,2}(д.м.н.), М.Ф. Тимербулатова^{1,2}, Е.М. Евтушенко^{1,2}

1 ГАУЗ Республиканский клинический центр психотерапии МЗ РБ, Уфа.

2 Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

3 Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

ON BIOLOGICAL MARKERS IN DIAGNOSING AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR

Akhmadeev R.R., Timerbulatov I.F., Timerbulatova M.F., Yevtushenko E.M., Ufa, Bashkortostan.

Наиболее важной задачей при решении проблемы подростковых суицидов является диагностика и прогнозирование антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения. На сегодняшний день специалисты – суицидологи обладают достаточно обширным набором клинических, психометрических, эпидемиологических, социальных инструментов и методов в решении соответствующих задач.

Наиболее распространенные психометрические методы, наряду с несомненными достоинствами, имеют и ряд серьезных ограничений в диагностике и прогнозировании суицидального поведения у подростков. Тесты и шкалы, как правило, используются для скрининга и дальнейшего контроля подростков в группах риска, но они не выявляют специфические личностные черты или их сочетания, более или менее ясно указывающие на склонность к самоубийству.

В этой связи отмечается повышение интереса к биологическим маркерам суицидального поведения, в числе которых – генетические, нейроэндокринные, психофизиологические, нейрофизиологические, нейрохимические, нейроморфологические методы исследования и диагностики.

Мы полагаем, что наиболее адекватными, информативными, и в то же время – доступными и достаточными могут быть различные комбинации этих методов, подобранные с учетом конкретных либо исследовательских, либо – диагностических задач.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ МОДЕЛИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ахметзянов Т.У., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

MULTIMODAL MODEL IN PSYCHOTHERAPY

Akhmetzyanov T.U., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

В современной интегративной психотерапевтической биопсихосоцио-духовной модели проявления душевного расстройства рассматриваются не просто как симптомы дезадаптации, патологии, а несут определенный смысл, отражают человеческую личность во всей совокупности интрапсихических и межличностных взаимоотношений. Человеческая личность рассматривается с гуманистических позиций, как находящаяся в процессе становления, роста, эволюции, устремлённой в будущее.

Пациент с невротическим расстройством, как правило, не имеет, или вытесняет осознанное представление о своих проблемах. На первичном психотерапевтическом приёме предъявляются соматические или эмоциональные жалобы. При

дальнейшем знакомстве в большинстве случаев выявляется ситуация кризиса существования, потрясшего все основы личности. Невротик привязан к прошлому, инфантильным способам поведения, не надеется на будущее и боится настоящего. Поведение носит фобический характер для избегания контакта с действительностью и подавления выражения чувств. Вся личность такого человека раздроблена, фрагментирована на конфликтующие части. Внутреннее содержание личности во всей своей истории наполнено разногласиями, неверием в себя, тревогой и болью. Пациент воспринимает себя как «комочек нервов», «клубок противоречий».

Ориентиром в выборе вмешательства может послужить мультимодальная схема *Lazarus A.A. BASIC-ID*, которая обеспечивает комплексность психотерапевтического обследования и последующего воздействия. Она основана на положении, что любое психическое расстройство охватывает все важнейшие сферы человеческой психики (поведение, эмоции, ощущения, образное и рациональное мышление, взаимоотношения с окружением, соматическое состояние).

Гуманистическое представление связано с практикой фасилитации – поддерживающим влиянием для реализации потенциальных возможностей пациента. Основной целью психотерапевтического вмешательства будет помощь в процессе осознания, личностного роста и интеграции. Задачей психотерапевта в этом контексте является помочь пациенту преодолеть имеющийся конфликт «болезни роста» и выйти на новый уровень самореализации.

В зависимости от психотерапевтической целесообразности, психотерапевт имеет возможность сосредоточиться на внутренней (интра-психические механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации функционирования личности. Всё начинается с анализа конкретной личности, с дальнейшим тематическим расширением.

Мультимодальный подход к терапии невротических расстройств соответствует интересам и пониманию пациентами своего недуга, помогает в преодолении возрастных конфликтов, ведёт к продвижению на следующий этап личностного развития.

К ВОПРОСУ О ЦЕЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ахметзянов Т.У., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ON THE PURPOSE OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION

Akhmetzyanov T.U., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Психотерапия, как сравнительно молодое направление медицины формируется к 90-ым годам XIX в. При клиническом медицинском подходе психотерапевтическое воздействие понимается как «система лечебного воздействия на психику и через психику – на организм человека». Основной мишенью является симптом, основным методом воздействия – биологический, а основной целью – приведение организма пациента к состоянию условной нормы. Клинические отношения выстраиваются в форме: Врач-эксперт, авторитетный и директивный – Больной, пассивный и ищущий внешней поддержки. В своём дальнейшем развитии, психотерапия обращается к более расширенной концепции на основе накопленных знаний в области философии, религии, духовных практик и психологии. В этом аспекте психотерапия занимает альтернативное медицине положение. Основная цель этого подхода не излечение от психических расстройств, а помощь в процессе становления сознания, личностном росте и интеграции. В современной интегративной психотерапевтической психо-социодуховной модели проявления душевного расстройства рассматриваются не просто как симптомы дезадаптации, патологии, а несут определенный смысл, отражают человеческую личность во всей совокупности интрапсихических и межличностных отношений. Психотерапия становится формой влияния на человека, как «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами, при решении у них проблем и затруднений психологического характера». Здесь отношения выстраиваются: Психотерапевт, дружелюбный спутник, воспитатель, учитель, тренер – Клиент, искатель, испытатель ресурсов, желающий разобраться в себе, для достижения жизненного успеха. Важнейший методологический принцип – это личностный подход, отношение к больному человеку как к целостной личности. «Не пациент для метода, а индивидуальная психотерапевтическая программа для конкретного человека». Ориентация всего процесса идёт на личностные изменения.

Базовые модальности сосредотачивают внимание на разных аспектах человеческого бытия. В рамках психодинамического подхода акцент терапии на бессознательные глубинные конфликты психических структур. Поведенческое направление фокусируется на социальном поведении и научении в межличностных отношениях. В модели когнитивной психотерапии в фокусе находится когнитивные переменные (способы восприятия, характер мышления, убеждение). Содержание психотерапии в таком случае будет коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок. Индивидуальная психология рассматривает долгосрочные перспективы. Гуманистические направления исходит из принципов уникальности человеческого существования и невроз рассматривается как следствие невозможности самоактуализации, недостаточное понимание и принятие себя.

Вместо отношения к болезни как к наказанию за грехи, а к симптомам как к терзающим душу бесам, выдвигается более гуманистический подход. Болезнь – проявление эволюционного принципа, этап личностного развития, а симптомы – промежуточные психологические объекты, «ангелы» испытания, ведущие к духовному совершенствованию и просветлению.

ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССА

Ахметова А.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

STRESS PREVENTION

Akhmetova A.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Стресс (от англ. *stress*— нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) – совокупность неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов–стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма. Проблема стресса очень актуальна в настоящее время. В современной жизни все мы сталкиваемся с чувством тревоги, страха. Эти эмоции являются нормальной реакцией на стресс. В таких ситуациях усиливается секреция «гормонов стресса» – адреналина и кортизола, которые способствуют активации энергетических ресурсов нашего организма, которые характеризуются следующими реакциями:

1. Увеличивается уровня глюкозы. Активизация мозговой деятельности, что позволяет сориентироваться в незнакомой местности, не быть подавленным тревогой, найти выход из положения.
2. Торможение аллергических и воспалительных процессов.
3. Усиление мышечной работоспособности при утомлении.
4. Сужение кровеносных сосудов кожи, органов брюшной полости, слизистых оболочек. Расширение сосудов сердца и головного мозга.

5. Умеренные дозы адреналина увеличивают функциональные размеры миокарда и скелетных мышц. Это адаптирует организм к хроническим стрессам и сильным физическим нагрузкам.

При нахождении в стрессовой ситуации происходит смена образа мышления. Внимание фокусируется на единственной важной в данный момент задаче, что способствует быстрому принятию решений.

Все эти изменения полезны лишь тогда, когда стрессовая ситуация длится непродолжительное время. Патологической она становится, когда выходит из-под нашего контроля или не соответствует сложившейся ситуации. При длительной тревоге мы можем ощутить физический дискомфорт, повышенное потоотделение, дрожь в теле, слабость, головные боли, шум в ушах, трудности при глотании, одышку, желудочные спазмы, тошноту. Мысленно начинаем ожидать самое худшее, испытываем неуверенность в собственных силах. Негативные мысли усиливают неприятные физические ощущения, что, в свою очередь, только укрепляет мысль, что «со мной не все в порядке». В итоге попадаем в порочный круг: стресс – реакция на беспокойство (негативные мысли и неприятные физические ощущения) – возрастание тревоги.

Бороться с эмоциональным напряжением можно различными способами. Во-первых, необходимо понять по какой причине возникает тревожное состояние, какие факторы этому способствуют. После проведения анализа мыслей, вызывающих беспокойство, найти альтернативные способы мышления. То есть ответить на следующие вопросы:

1. Есть ли у вас реальные причины для волнения?
2. Есть ли у вас причины для того, чтобы не беспокоиться из-за этого?
3. К чему это может привести в наихудшем случае?
4. Каким образом можно справиться с этим? Как можно поступить, если ситуация сложится в худшем для вас варианте.
5. Есть ли альтернативные варианты событий? Каким может быть наилучший случай?
6. Что именно должно быть сделано? Каким образом это должно быть сделано?
7. Где это будет происходить?

Выработать определенный план действия. Подумать, какими необходимыми качествами и навыками вы обладаете, и как раньше справлялись в похожих ситуациях. Составить список возможных решений поможет быть готовым к стрессовым ситуациям и адекватно среагировать на них.

Необходимо подобрать методы, которые в последующем эффективно помогут ослабить стресс. Это могут быть дыхательные гимнастики, методики на отвлечение внимания, релаксация либо физические упражнения, другие методики.

Вспомните британского короля Георга VI. Когда приходилось выступать на публике, он начинал заикаться. Как избавиться от волнения и страха он не знал. С помощью психотерапевтических методик и стремления, человек смог преодолеть свой страх.

СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Байков И.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

SOCIAL MEDIA AND SUICIDAL BEHAVIOUR

Baikov I.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Суицид на сегодняшний день стал острой и социально значимой проблемой человечества. Согласно данным Росстата с января по октябрь 2015 г. число самоубийств составило 21,3 тыс. человек. И хотя, на первый взгляд, отношение общества к суицидам резко негативное, но в социальных медиа можно найти вполне неоднозначное преподнесение самоубийства с элементами его пропаганды, а иногда и подробных инструкций для его совершения. Суицидальное поведение включает себя очень специфическое мышление, когда личность может «вынашивать» и формировать в себе суицидальные

тенденции делаясь либо черпая информацию в социальных сетях, форумах, блогах и поисковых запросах. Примечательно, что даже в таких вопросах личность пытается найти «себе подобных» и оправдать либо опровергнуть свои мотивы.

Целью данного исследования явился анализ влияния социальных медиа на рост числа самоубийств.

В рамках исследования был проведен анализ интереса пользователей к теме суицида в Интернете. Для этого использовался сервис Яндекса «Яндекс вордстат», отображающий статистику запросов за месяц по России в наиболее популярных поисковых системах Рунета (Яндекс, Майл, Рамблер, Гугл). Был введен запрос «Хочу умереть». В ответ на запрос система выдала 28665 показов за месяц июнь 2017 г.; На запрос «хочу покончить жизнь самоубийством» – 600 показов за июнь 2017 г.; на запрос «способы умереть» – 7085 показов за июнь 2017 г. Такие же исследования были проведены в 2016 г. На запрос «Хочу умереть» система выдала 20537 показов за месяц март 2016 г, «хочу покончить жизнь самоубийством» – 700 показов за март 2016 г, «способы умереть» – 9487 показов за март 2016 г. При подробном анализе сайтов по этим запросам в поисковых системах Яндекс и Гугл выявлено, что сайты на первых двух-трех страницах направлены на преодоление суицида, а не агитацию, а на первой странице Гугл даже автоматически выдается телефонный номер горячей линии при кризисных состояниях. Но на последующих страницах встречаются сайты с завуалированной литературной красотой самоубийства с яркими красочными картинками и, советующей тематике, музыкальными произведениями («МС Малой – Буду Погибать Молодым» и т.п.), что может подтолкнуть суицидента к суицидальному акту. Ситуация в поисковых системах «Майл» «Рамблер» происходила с выдачей тех же сайтов и практически одинакова.

В целом отмечается положительная тенденция в запрете пропаганды суицида в социальных медиа. Важную роль в этом сыграли изменения, вступившие в силу 1 ноября 2012 г. в Федеральном законе «Об информации, информационных технологиях и защите информации», которые предусматривают введение реестра запрещенных сайтов и уже на сегодняшний день было заблокировано 1,8 тыс. сайтов пропагандирующие суицид. Но к сожалению, пока сохраняются возможности распространять сайты подобной тематики через программные (обход блокировки сайта), нетекстовые визуальные методы и т.д.

Таким образом, можно сделать вывод, что социальные медиа могут выступать как провокаторы суицида посредством его пропаганды. Но важно заметить, что это лишь одна сторона. Связь между самоубийством и социальными медиа не является исключительно негативным и может нести противоположную цель. А учитывая, что не всегда суицидент обращается за помощью к специалистам, это может даже облегчить процесс профилактики суицидальных тенденций посредством положительного дистанционного влияния через сайты, форумы, блоги и т.д. Безусловно, этот вопрос требует более тщательного и обширного изучения, для того чтобы понять каким образом социальные медиа могут быть использованы для предотвращения самоубийств.

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Байков И.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

MOTIVATION ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOUR

Baikov I.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Причина суицидального поведения – понятие глубокое и сложное. Она затрагивает вопросы социально-психиатрического анализа проблемы. Причина – это все то, что вызывает и обуславливает суицид. А.Г. Амбрумова основной причиной суицидальных действий считает социально-психологическую дезадаптацию личности, которая в одних случаях приводит к формированию суицидальных тенденций и реализации суицида, а в других является потенциально суицидоопасной. Помимо главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т.д.).

По разным данным, от 33 до 90% самоубийц – люди психически неуравновешенные, а то и вовсе больные, и именно душевное расстройство заставляет их покончить с собой. А уж причины этого расстройства могут быть самыми разными, от неразделенной любви до наркозависимости и тяжелой болезни. Как подсчитала Всемирная организация здравоохранения, всего существует 800 мотиваций суицида.

Из них:

- 41% – неизвестны;
- 19% – страх перед наказанием;
- 18% – душевная болезнь;
- 18% – домашние огорчения;
- 6% – страсти;
- 3% – денежные потери;
- 1,4% – пресыщенность жизнью;
- 1,2% – физические болезни.

Важно заметить, что при формировании суицидального поведения некоторые внешние факторы могут сыграть как роль «последней капли» и подтолкнуть суицидента к суицидальному акту, так и приостановить, а в некоторых случаях, предотвратить суицид.

Рассмотрим пять типов суицидального поведения, т.е. пять типов ведущих мотивов, при этом один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. :

1. Суицидальное поведение по типу "протеста".

2. Суицидальное поведение по типу "призыва".
3. Суицидальное поведение по типу "избегания".
4. Суицидальное поведение по типу "самоказания".
5. Суицидальное поведение по типу "отказа" от жизни.

Таким образом, суицидальное поведение имеет причинно-следственные закономерности, то есть имеет под собой определенную социальную почву. При этом психологические и культурологические факторы являются условиями, в которых проявляются те или иные формы, или модели суицидального поведения. Мотивационные аспекты суицидального поведения резко снижаются при адаптации личности к социальной среде формирования ценностных ориентаций, включенности в социальные и профессиональные группы и т.д. Важную роль играет формирование жизнестойкости личности: развитие волевых качеств, постоянное стремление к саморазвитию, развитие навыков целеполагания и целедостижения, адекватный уровень самооценки, личностной тревожности, агрессивности, высокий уровень самоконтроля, способности к саморефлексии, развитые коммуникативные способности, отсутствие барьеров общения.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ.

Бакиров Л.Р., Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Ахмадеев Р.Р., Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа.

INTERNET ADDICTION AND BORDERLINE DISORDERS IN STUDENTS WHO ARE COMPUTER USERS

Bakirov L.R., Timerbulatov I.F., Yuldashev V.L., Akhmadeev R.R., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Существование Интернет-зависимости еще не нашло подтверждения в официальной классификации заболеваний, но относиться к ней следует не менее серьезно, чем к другим разновидностям химической и нехимической зависимости. С целью изучения пограничных психопатологических нарушений пользователей компьютеров нами было изучено 128 студентов медицинского и педагогического университетов г. Уфы, из них 31 юноша и 97 девушек, средний возраст которых составил $22,03 \pm 0,78$ года. В качестве основного инструмента исследования была подобрана гибкая батарея тестов, состоящая из известных валидных психометрических методов. Всего в психометрическую батарею вошли 327 вопросов.

Результаты исследования. Подавляющее большинство (90%) обследованных пользуются Интернетом ежедневно. По собственным оценкам студентов около половины из них (47%) «живут» в Интернете. По 3–4 часа за сеанс во всемирной сети проводят 65%, около 10–20 минут – всего 35% обследованных. Исследование Интернет-зависимости по методике Л.Н. Юрьевой установило, что около 12% обследованных нами имеют риск развития Интернет-аддикции (ИА). Более четверти (25,93%) студентов, пользователей персонального компьютера (ПК) уже находятся на стадии формирования ИА и 62,12% на стадии увлеченности Интернетом. Показано, что, в Интернет «заходят» для получения информации, для учебы или работы 23%, общения в соцсетях – 23%, потребления аудио-видео контента – 21%, просмотра новостей – 11%, развлечения и игр – 8% опрошенных. Анализ субъективного отношения наших респондентов к «всемирной сети» показал, что более половины из них (55%) только иногда получают удовольствие от пользования Интернетом, часто получают удовольствие 25% и 20% студентов удовольствие от работы в Интернете получают всегда. Чувство нервозности, снижение настроения, раздражительность или чувство пустоты вне сети никогда не испытывают более половины (56%) обследованных студентов, изредка – 40%, часто – 3%. Для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем потребность сесть за компьютер редко чувствуют 47%, никогда не чувствуют – 42%, часто – 10% студентов. Таким образом, данные предварительного исследования студентов с Интернет-зависимостью выявили широкий спектр невротоподобных расстройств, требующих углубленного исследования специалистов различного профиля.

ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ СОСТОЯНИЯХ

Бакиров Л.Р., Юлдашев В.Л., Тимербулатов И.Ф., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PHARMOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CASES OF INTERNET ADDICTION

Bakirov L.R., Yuldashev V.L., Timerbulatov I.F., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Методы исследования. В исследовании в качестве испытуемых приняли участие студенты вузов г.Уфы. Психометрическое исследование проведено методом «гибкой батареи», включающей тесты на определение анамнестических данных (характер, продолжительность и стаж пользования компьютером), выявление ИА, оценку состояния тревожности и депрессии, а также проекционный метод незаконченных предложений.

Отдельную группу наблюдаемых составили пациенты ($n = 44$) ГАУЗ Республиканского клинического психотерапевтического центра МЗ РБ, Уфа, у которых наряду с психометрическим исследованием и определением клинических показателей было проведено лечение антидепрессантами.

Результаты и обсуждение.

Анализ полученных данных показал, что 4,8% ($n=25$) студентов имели признаки Интернет-зависимости (38 и более баллов по шкале Юрьевой-Бальбот), еще у 33,1% ($n=175$) обследованных студентов выявлен высокий риск (23–37 баллов) ее развития.

Чувство нервозности, снижение настроения, раздражительность или чувство пустоты вне сети никогда не испытывают более половины (56%) обследованных студентов, изредка – 40%, часто – 3%. Для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем потребность сесть за компьютер редко ощущают 47%, никогда не чувствуют – 42%, часто – 10% студентов.

Изучение степени социально-психологической адаптации студентов – пользователей компьютером показало высокий процент (52,83%) эмоционального дискомфорта, а также дезадаптивности (41,51%) у обследованных нами студентов-пользователей компьютером.

Проведенный анализ литературы и полученные нами данные однозначно указывают на актуальность поиска путей профилактики и коррекции психических нарушений при поведенческих аддикциях в общем, и Интернет-аддикциях – в частности.

Пилотное наблюдение пациентов, обратившихся в Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ, у которых были признаки ИА с выраженными проявлениями депрессии и тревожности, показало, что назначение им антидепрессантов не только снизило симптоматику психического неблагополучия, но и обнаружило признаки снижения Интернет-зависимого поведения. Позитивный эффект антидепрессантов при коррекции Интернет - аддиктивного поведения мы объясняем нейрофизиологическими механизмами серотонинергических структур в их формировании, и замедлением утилизации серотонина эсциталопрамом в структурах головного мозга, обеспечивающих формирование этих аддикций.

Список литературы

1. Малыгин В.Л., Довбыш О.В. Особенности характерологических свойств лиц, зависимых от азартных ГР в покер онлайн / Научно-практическая конференция с международным участием «Мир аддикции: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», тезисы конференции / Под редакцией Н.Г. Незнанова, Е.М. Крупицкого; – СПб. – 2012 – 172 с.
2. Малыгин В.Л., Феклисов К.А. Интернет-зависимое поведение: критерии диагностики [Электронный ресурс] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2011. - № 44. - Режим доступа <http://www.vsmc.ac.ru/publ/vest/044/site/index23.html> 16.01.12г.
3. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. - СПб.: Речь, 2007. - 768 с.
4. Смолл Г. Мозг онлайн. Человек в эпоху интернета [Текст] / Г.Смолл, Г.Ворган. – М.: КоЛибри; 2011. – 352 с.
5. Юрьева Л. Н., Ботьбот Т. Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография.— Днепропетровск: Пороги, 2006.-196 с.
6. Morahan-Martin, J. Schumacher. P. Attitudinal and experiential predictors of technological expertise // Comp. Hum. Behav. –2007. – Vol. 23, №5. – P.2230-2239.

СЕМЕЙНОМ ПОДХОДЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ И ИХ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ

Бубурин А.Н., протоиерей, храм Ризоположения Господня на Донской улице (Москва), ст.н.с. ФГБНУ Научный центр психического здоровья, МОД СКТ, Москва, Россия.

Петар Настасич, д.м.н., университет «Сингидунум», Белград, Сербия.

Панченко А.Г., протоиерей, храм Рождества Пресвятой Богородицы (с.Золотоношка), МОД СКТ, Стерлитамак, Россия.

Магай А.И., мл.н.с. ФГБНУ Научный центр психического здоровья, МОД СКТ, Москва, Россия.

ON FAMILY APPROACH TO REHABILITATION OF ALCOHOL ADDICTS AND THEIR CLOSE CIRCLE

Buburin A.N., Moscow, Russia.

Nastasich P., Belgrad, Serbia.

Magay A.I., Moscow, Russia.

Более четверти века системный семейный подход в реабилитации зависимых от алкоголя и членов их семей реализуется в деятельности амбулаторной программы реабилитации пациентов «Православные приходские семейные клубы трезвости» (Бабурин А.Н. с соавт., 2017).

Используемый в программе семейный подход основывается на опыте югославской наркологической школы, яркими представителями которой являются Бранко Гачич и Владимир Худолин (NastasicP., 2017). Специалистами Белградской антиалкогольной школы разработана концепция «интенсивной комбинированной семейной терапии алкоголизма». Согласно этому подходу, семья представляет собой часть экосистемы, а неотъемлемым элементом семейной системы является понятие «гомеостаза». Теоретическими предпосылками в развитии семейного подхода являлись положения общей теории систем Людвиг фон Берталанфи и системная семейная терапия М. Боуэна. Патологические изменения во внутрисемейных взаимодействиях способствуют формированию неадаптивного стиля семейного поведения. Неоднократное повторение неадекватных поведенческих стереотипов оказывает влияние на весь образ жизни зависимого и членов его семьи.

На системном уровне члены семьи связаны друг с другом совокупностью специфических эмоциональных потребностей, взаимное влияние членов семьи осуществляется в условиях расширенной социальной сети, находящейся в состоянии постоянного развития и созревания.

На экосистемном уровне наблюдаются разнообразные формы взаимодействия семьи и общества, а множественные нарушения в этих связях влияют на формирование проблем в семье при алкоголизме. Таким образом, измененные отношения опосредуют новые модели поведения.

На социальном уровне разнообразные факторы социальной среды, такие как высокий уровень стресса, а также низкий уровень социальной поддержки способствуют уязвимости семейной системы для алкогольных проблем. Преобладающий

стиль общественного отношения к проблеме употребления алкогольных веществ, например, так называемая «питьевая культура», может способствовать тому, что злоупотребление алкоголем воспринимается как социально приемлемая форма поведения.

На семейном уровне различные эпизоды алкогольных проблем инициируются множеством триггеров, среди которых могут быть многие жизненные обстоятельства. Зачастую алкоголь оказывается включен в систему верований, или убежденности пациента в «помощи алкоголя» в преодолении этих проблем.

Употребление спиртного, алкогольная интоксикация и взаимодействия аддиктов с членами семьи становятся основной причиной реорганизации отношений в семье. Как следствие, алкоголизм нарушает нормальное личностное развитие как на уровне индивидуального созревания, так и в области системы семейных отношений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА В СТАЦИОНАРНОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Габдрахманова Г.Г., Газизова М.Ф., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

GESTALT-THERAPY IN PSYCHOTHERAPY HOSPITAL DEPARTMENT

Gabdrakhmanova G.G., Gazizova M.F., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Гештальт-терапия – это одно из направлений психотерапии. Данный метод может включать в себя приемы телесно-ориентированной терапии, традиционный психоанализа, гуманистической психологии и восточных духовных учений.

Одним из основных принципов гештальт-терапии является парадоксальная теория изменений Арнольда Бейссера. Её основные тезисы: «Изменение невозможно, пока пытаешься быть не тем, что есть, пока пытаешься стать другим, отрицая то, что есть сейчас. Чтобы изменение осуществилось необходимо принять себя и ситуацию в том состоянии, которое есть сейчас, в настоящем моменте». В связи с тем, что пациенты в стационарное психотерапевтическое отделение обращаются за симптоматической терапией, может возникнуть феномен психологического сопротивления, который в ходе гештальт-терапии постепенно устраняется. Следующий важнейший принцип, центральный для гештальт-терапии, который часто не принимается в расчёт в других методах, тесно связан с парадоксальной теорией изменения. Выразить его можно так – если сознательно оставаться в переживании какого-либо чувства, оно меняется, так как появляется осознание переживания, что соотносится с принципами mindfulness-терапии. Следующий стратегический принцип гласит, что нет необходимости вскрывать переживания, скрытые, не актуальные в данный момент, минуя защитные механизмы. Всё действительное и актуальное, что необходимо человеку сейчас – лежит на поверхности осознания и именно с актуальным переживанием возможна самая эффективная работа. Как только актуальное переживание будет переработано, оно изменится, и на поверхности сознания из общего фона появится новая актуальная фигура.

Так же эффективной техникой является применение фраз, цитат – якорей, которые при многократном повторении в психотерапевтическом процессе, ассоциативно запускают механизм эмоционально-логической переработки актуальных переживаний.

Цитаты, применяемые мною в технике гештальт-терапии: каждый человек и каждое событие – твой универсальный учитель; не существует ошибок – только уроки; неудачи – неотъемлемая часть успеха; жертв нет – есть только студенты; урок будет повторяться в разнообразнейших формах, пока не будет усвоен полностью; если не усвоишь лёгкие уроки – они станут труднее; когда усвоишь – перейдёшь к следующему уроку; внешние проблемы и окружающие тебя люди – точное отражение твоего внутреннего состояния, ты не можешь любить или ненавидеть то, что есть в других, если это не отражает твоих собственных качеств; если изменишь свой внутренний мир – внешний мир так же изменится для тебя; нет места и времени лучше, чем «здесь и сейчас»; жизнь мастерит раму, а картину пишешь ты, если кисть отдашь другому, то он напишет как ему нравится, а не тебе; твои мысли определяют твою жизнь; как только ты обретёшь способность наблюдать за своим умом, ты перестанешь попадать в его ловушки; страдания следуют за негативными мыслями так же, как колёса телеги за быком, который тянет её; если вы измеряете свой успех мерой чужих похвал и порицаний, ваша тревога будет бесконечной.

Гештальт-терапия за годы своего существования заметно обогатила и оплодотворила современную психотерапию, т.к. есть возможность творческого подхода к терапевтическому процессу. Идеи гештальт-терапии способствовали реабилитации обыденного человеческого познания, привлекали внимание к ценности жизненного мгновения, высветили пагубность рутины и автоматизма жизни современного человека, поставили его в очередной раз перед проблемой ответственности и выбора, утвердили ценности движения к истинному Я, путь к которому неизбежно лежит через страдания и тупики, как известно, только этот путь приводит к зрелости.

УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Габдуллина Г.Н., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

STRENGTHENING MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF MENTAL DISORDERS

Gabdullina G.N., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Всемирная Организация Здравоохранения в преамбуле к своей Декларации указывает: «Здоровье – это не отсутствие болезни или физического недостатка, а состояние физического, умственного и социального благополучия». Хорошее психическое здоровье – это такое состояние душевного благополучия, которое позволяет человеку реализовать свои способности, успешно преодолевать обычные жизненные трудности, проблемы и стрессы, продуктивно и плодотворно трудиться и приносить пользу обществу.

В настоящее время, в мире, отмечается рост психических заболеваний и пограничных расстройств. Лечение психических расстройств может быть эффективным, но это происходит только после того, как болезнь уже развилась, и пациенты и их семьи перенесли значительные страдания.

Политика по охране психического здоровья должна охватывать не только лечебно-реабилитационные меры, но и работу по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств. Укрепление психического благополучия населения в целом предполагает ряд мер, направленных на повышение уровня знаний о психическом здоровье и способствующих позитивным изменениям на уровне отдельных лиц и семей, местных сообществ и гражданского общества, учебных заведений и трудовых коллективов, уделяя особое внимание уязвимым группам населения, обеспечивая при этом понимание того, что психическое здоровье играет важнейшую роль в создании здорового, продуктивного общества, борьбу со стигматизацией и дискриминацией, обеспечение защиты прав человека и человеческого достоинства и внедрение необходимого законодательства для оказания целенаправленной поддержки и принятие мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, особенно в таких областях, как выполнение родительских функций, воспитание и обучение детей и молодежи и оказание медико-социальной помощи лицам преклонного возраста, разработка и осуществление мер, направленных на сокращение предотвратимых причин развития психических проблем.

Для внедрения в практику доступен широкий спектр основанных на доказательствах принципов, которые позволяют предотвращать развитие психических и поведенческих расстройств. Однако, на результаты профилактических программ на уровне населения, можно рассчитывать только после инвестирования достаточных человеческих и финансовых ресурсов. Предполагается, что основная часть инвестиций должна поступать от правительства, поскольку именно оно, в конечном счете, ответственно за здоровье населения.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СКЛОННОСТИ К СТРЕССОВОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ НА СОТРУДНИКОВ

ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ

Гаврюшин К.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

STRESS SUSCEPTIBILITY TENDENCIES IN SPECIALISTS OF PSYCHOTHERAPY CENTER

Gavryushin K.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Профессиональный стресс — многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. В настоящее время он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10:Z 73: «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью»). «Люди, работающие в медицинских учреждениях, часто подвержены значительному личностному стрессу. Им трудно раскрываться перед кем-нибудь. Преобладающая особенность врачебной профессии — отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем» (King M., 1992). Развитию этого состояния способствуют определенные личностные особенности — высокий уровень эмоциональной лабильности (нейротизма), высокий самоконтроль, особенно при выражении отрицательных эмоций со стремлением их подавить, рационализация мотивов своего поведения, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний, ригидная личностная структура. В настоящее время все большее внимание специалистов привлекают новые технологии предупреждения и преодоления профессионального стресса. Некоторые из них направлены на адекватное информирование представителей коммуникативных профессий о ранних признаках «выгорания» и факторах риска. Чем раньше и больше узнают медицинские работники о том, как возникает и какими признаками характеризуется этот синдром, тем больше у них возможностей его избежать или снизить выраженность.

Целью работы является изучение особенностей проявлений склонности к стрессу работников ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, работающих на различных должностях (врачебный состав, средний и младший медицинский персонал)

Объект исследования – психические состояния сотрудников учреждения.

Предмет исследования – особенности проявлений склонности к стрессу работников ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, работающих на различных должностях (врачебный состав, средний и младший медицинский персонал)

Гипотезу исследования составила проверка следующих положений: 1. Эмоциональные состояния сотрудников, работающих на разных должностях, имеют свои особенности. 2. Существуют различия в проявлении склонности к стрессу у сотрудников, работающих на различных должностях.

Задачи исследования:

1. Проведение диагностики проявлений склонности к стрессу у сотрудников, работающих на различных должностях.
2. Описание и интерпретация полученных результатов.
3. Разработка методов профилактики стрессового воздействия на сотрудников ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

1. Обзорно-аналитический метод.
2. Эмпирические методы: методика измерения степени выраженности нервно-психического напряжения (НПН), шкала астенического состояния (ШАС), шкала состояния сниженного настроения - субдепрессии (ШСНС), методика изучения тревожности как свойства личности Спилбергера-Ханинаю.
3. Методы математико-статистического анализа (Т-критерий Стьюдента) полученных результатов.

Для реализации поставленной цели нами было проведено эмпирическое исследование на базе ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ с февраля 2017 г. по апрель 2017 г. В нем принимало участие 40 сотрудников круглосуточного стационара для взрослых, в возрасте от 25 до 65 лет, занимающие различные должности (врачи, старшие медицинские сестры, психологи, средний и младший медицинский персонал. Анализ результатов диагностики по всем методикам в каждой группе обследуемых показал, что все сотрудники испытывают на себе серьезное стрессовое воздействие. Было выявлено, что врачи лучше справляются со стрессовыми факторами.

Таким образом, анализ результатов показал, что независимо от вида деятельности все сотрудники испытывают серьезное стрессовое воздействие, исходя из результатов исследования будут разработаны способы и методы профилактики стрессового воздействия на медицинских работников ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ.

ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Гильманов А.Х., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

DEPRESSION IN CHILDREN AND TEENAGERS, ITS CAUSES

Gilmanov A.Kh., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Депрессия – душевное состояние, для которого характерны подавленное, тоскливое настроение, чувство печали и тревоги, заторможенность речи и движений у детей и подростков. Больные депрессией полностью утрачивают способность получать удовольствие или испытывать радость от чего-то ни было. У них появляется безразличие и даже раздражение по отношению ко всему, что вызывало интерес и радость.

Речь тихая, немногословная; движения замедленны; выражение лица скорбное. Они испытывают чувство бессилия, слабости, неприятные ощущения в сердце, боли в голове, ногах. Аппетит отсутствует. Сон становится беспокойным, появляются кошмарные сновидения и ранние пробуждения.

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 вегетовисцеральными нарушениями 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 в 16,6 %. Реакции чаще отмечаются в раннем детском возрасте, состояния – в последующих, 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 %; у 23,4 % из них – в тех же органах и системах. Патологические личностные особенности установлены у 34,8 % отцов и 64,5 % матерей. Явления невропатии на первом году жизни отмечались у 41,7 % обследованных. Акцентированные 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 %, психоэмоциональные перегрузки, конфликтные и неустойчивые отношения, смерть родителей или родственников, алкоголизм одного из родителей, тяжелые заболевания родителей.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНУРЕЗОВ У ДЕТЕЙ С СДВГ СИНДРОМОМ

Гильманов А.Х., Нурлыгаянова Л.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

TREATMENT OF ENURESIS IN CHILDREN WITH ADHD SYNDROME

Gilmanov A.Kh., Nurlygayanova L.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Недержание мочи у детей — тема настолько деликатная, что многие родители предпочитают о ней умалчивать. А между тем статистика показывает, что около 15% детей, включая подростков, страдают этим заболеванием.

В нашем отделении прошло лечение 237 детей. До семи летнего возраста среди детей страдающих энурезом преобладают мальчики. После 11 лет этим недугом чаще страдают девочки.

Лечение энуреза вызывает большие трудности, так как требует точной дифференциальной диагностики. Это симптом может быть проявлением патологии мочевыводящей системы, проявлением инфекции мочевыделительной системы, эписиндрома, симптомом СДВГ синдрома.

Любое начало лечения требует точной диагностики, только после неё можно начинать лечение.

Особое место занимает энурез у детей с СДВГ синдромом, так как он является проявлением крепкого сна на фоне максимальной энергетической перегрузки организма и мозг просто не может различить сигнал мочевого пузыря.

Поэтому в первую очередь мы понижаем глубину сна через дачу ноотропов днем и вечером. Днем мы делаем нервную систему не такой возбуждённой, давая утром корректоры поведения или успокаивающие травы. Первое время ребёнка 2–3 раза за ночь будим в туалет, что бы ребёнок приучался просыпаться «сухим».

На глубину сна влияет и жесткость постели ребёнка. А чтобы не было протекания мочи из мочевого пузыря из-за слабости его сфинктеров, поднимаем ножной конец кровати на 5 см, положив простой брусок под ножки кровати. Днем тренируем сфинктеры с помощью упражнения «Теленок» дробным мочеиспусканием.

Обязательно используем питьевой режим за 3–5 часов до сна, даем солёное или сладкое для повышения осмоларного давления крови.

Перед сном или в течении дня проводим ГСТ. У детей младшего школьного возраста внушения проводим только после того, как убедились, что ребенок понимает эту формулу.

Показателем эффективности терапии у детей может являться появление у них цветных снов.

ЗАВИСИМОСТЬ И СО-ЗАВИСИМОСТЬ

Гилязов Т.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ADDICTION AND CO-ADDICTION

Gilyazov T.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

В каждодневной психотерапевтической практике снова и снова сталкиваюсь с просьбами мам, бабушек, тетей, сестер, дочерей помочь их сыну, внуку, племяннику, брату, отцу бросить пить, прекратить употреблять наркотики, не играть в азартные игры, порвать любовную связь, оторваться от компьютера, не раздражаться, не скандалить, не мучить их, детей, себя.

Жизнь мужчины заполнена различными делами и событиями, в ней есть влюбленность, вкусная еда, увлечения, спорт, интересная работа, алкоголь, сигареты и другие психоактивные вещества. Все это доставляет удовольствие, вызывает некий подъем, изменяет восприятие действительности, помогает уйти от забот, не замечать негативные стороны жизни. Однако то, что сегодня помогает, завтра может помешать. Желание избавиться от негативных переживаний с помощью «допинга» уводит от решения насущных проблем в мир иллюзий, при этом проблем становится все больше, все труднее с ними справиться, куда как легче забыться в «пьяном угаре». Так формируется зависимость.

Зависимость, это когда человек болезненно привязан к чему-то и это может быть что угодно, любое занятие, химическое вещество или просто еда, экстремальный вид спорта, увлечение и даже человек. Этот предмет целиком поглощает, становится смыслом жизни, вокруг этого все строится, все вращается. Отрыв от предмета зависимости переносится мучительно. Зависимый человек раб своей зависимости и уже понимает, что радости меньше чем проблем, но не в состоянии отказаться от той маленькой толики удовольствия. Хотя в действительности, он не столько получает удовольствие, сколько снимает внутренний дискомфорт.

Существуют социально приемлемые зависимости: трудоголизм, экстремальный спорт; и социально не приемлемые: алкоголизм, наркомании, гемблинг (азартные игры), несчастная любовь находится где-то посередине. Но в то время, когда для общества те или иные зависимости могут играть положительную или отрицательную роль, то для личности это явление в конечном итоге является разрушительным.

Есть зависимые и есть люди живущие рядом с ними не смотря на все трудности этой жизни – это со-зависимые, по сути они также зависимы, а предметом их зависимости является сам зависимый человек. Это те самые мамы, жены, сестры и так далее. Живя с зависимым женщина находится в постоянной тревоге, устав от проблем, отчаявшись, погружается в депрессию. Для нее свойственно стремление заботиться о ком-то, чувствовать свою нужность или боязнь одиночества, а зачастую и то и другое.

Во многих семьях женщины живут с алкоголиками из поколения в поколение. Сначала папа был алкоголиком, потом муж. Девочка испытывает к пьющему отцу двойственные чувства: любви и ненависти. Ей хочется вылечить и спасти его. Но это не получается. Тогда она выбирает себе пьющего мужа, чтобы в конце концов достигнуть своей цели – вылечить его. С мужем эта затея тоже проваливается и она принимается за сына.

Такая женщина не умеет жить с нормальными мужчинами – ей нужно этому долго учиться. Зато хорошо знает, как строить отношения с пьяницей: как отчитывать, контролировать, вызвать врача, следить чтобы не запил. С ним она чувствует «свою нужность и значимость». Кроме того, спасение пьющего позволяет ей забыть о своих проблемах – со здоровьем, внешностью и т.д. Она не подозревает, что ей тоже надо лечиться. У нее прямая зависимость от этого алкоголика. Он не может жить без водки, а она без него.

Человек, который злоупотребляет алкоголем или не в состоянии противостоять своему азарту, не видит в этом проблемы и не ищет помощи. Его окружение, напротив, страдает и хочет его вылечить. Именно, родственники приводят алкоголика к психотерапевту и желают самых жестких методов – «вшить лекарство или закодировать». Некоторые так и говорят: «Сорвется, выпьет – пусть умрет». Никак не меньше. Алкоголик не считает себя больным и потому не лечится, но и его близкие уверены, что они здоровы, а болен только один пьяница и стараются заставить его лечиться.

Ситуация на первый взгляд безвыходная, невозможно помочь человеку если он этого не хочет, силой его в рай не затащишь. Но это только в том случае если считать, что проблема у одного мужчины, что только он болен, а близкая женщина, та что живет с ним одной семьей здорова. Однако, совсем другие возможности открываются, когда удастся посмотреть на эту проблему как на болезнь всей семьи. Вот почему при любой зависимости будь то, наркотики, алкоголь или азартные игры в психотерапии нуждается не только сам «больной», но и его «здоровые» родственники.

ТРЕВОЖНОСТЬ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СИЛЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У КУРСАНТОВ БГМУ

Гулиев М.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ANXIETY IN STUDENTS RELATED TO STRENGTH OF NERVOUS SYSTEM

Guliev M.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

В настоящий момент психодиагностика психических состояний и эмоционально-личностной дезадаптации в массовых исследованиях ведется при помощи разнообразных психологических тестов, анкет, опросников. Несмотря на достоинства, имеющиеся у этих методик, основанных на самонаблюдении за своими особенностями поведения, деятельности, общения, они имеют ряд недостатков. Одним из них является то, что испытуемый может сознательно или, даже не догадываясь об этом, исказить свой реальный психологический портрет, свое эмоциональное состояние. В связи с этим возникает задача поиска новых или использования уже имеющихся более объективных методик. Одним из вариантов решения этой проблемы видится использование методов, имеющихся на оснащении в психофизиологии.

Цель данного исследования состояла в попытке установить зависимость между тревожностью, измеряемой при помощи психологического опросника Спилбергера (Столяренко Л.Д., 2004), и силой нервной системы, измеряемой с помощью методики «Теппинг-тест» (Е.П.Ильин, 2001).

Объектом исследования стали 50 курсантов БГМУ 4–5 курсов, проходящие военно-учебные сборы в условиях полевого лагеря. Первое измерение по обеим методикам было проведено на 2-й день, а второе – на 12 день пребывания в лагере. Методы исследования: математическая обработка данных при помощи статистического пакета SPSS. Используются статистические критерии Колмогорова-Смирнова, t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты исследования: Для всех переменных распределение оказалось близко к нормальному, и поэтому в дальнейшем были использованы параметрические методы статистического анализа. Затем были проанализированы показатели личностной и реактивной тревожности (далее ЛТ, РТ1, РТ2), результаты «Теппинг-теста» (далее ТТ1 и ТТ2) и оценка различий двух последних показателей в первом и втором измерении. При первом измерении (на 2-й день) среднее значение ЛТ студентов составило 37,50 баллов (SD=6,3), а РТ1 – 40,52 баллов (SD=7,5). Применение теппинг-теста выявило 40 испытуемых со слабым типом нервной системы и 10 человек – с сильным типом. При втором измерении (на 12-й день) среднее значение РТ2 составило 38,00 (SD=7,9). По результатам ТТ2 было выявлено 42 испытуемых со слабой нервной системой и 8 – с сильной. Сравнительный анализ с использованием t-критерия Стьюдента показал различие на 5% уровне значимости между средними значениями РТ1 и РТ2 ($p < 0,05$). Достоверного различия между показателями ТТ1 и ТТ2 обнаружено не было ($p > 0,05$). Следующим шагом стало создание таблицы корреляций для всех переменных. Обнаружено 2 группы со статистически значимыми положительными внутригрупповыми связями между переменными. 1-ая группа – личностная тревожность, реактивная тревожность в первом и втором измерении. 2-ая группа – результаты «Теппинг-теста» в первом и втором измерении. Достоверных связей между переменными 1 и 2 группы не обнаружено.

Выводы. 1. Сила нервной системы не связана с личностной и реактивной тревожностью, измеряемых с помощью вышеуказанных методик. 2. Динамика показателей реактивной тревожности, измеренных на 2-й и 10-й день пребывания в лагере, свидетельствует об актуализации личностных адаптационных механизмов, направленных на уменьшение негативных последствий интенсивного психологического стресса, который испытывали студенты в начале. 3. Сила нервной системы при ее двукратном тестировании однотипна, что совпадает с представлениями о том, что типологические особенности высшей нервной деятельности обладают устойчивостью своего проявления. Несмотря на возмущающее

действие эмоционального состояния, что должно было повлиять на показатели силы нервной системы, этого не произошло. Видимо, одной из вероятных причин является недостаточная интенсивность стрессовой ситуации.

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ ПОЗДНООСЛЕПШИХ ПРОСТРАНСТВЕННОМУ ОРИЕНТИРОВАНИЮ И МОБИЛЬНОСТИ КАК ОСНОВНОМУ ИНСТРУМЕНТУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Жидкова О.В., Соломеина Н.А., Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Методический центр развития социального обслуживания», г. Сургут.

TRAINING LATE-BLIND PEOPLE IN ORIENTATION AND MOBILITY AS THE MAIN INSTRUMENT OF SOCIAL REHABILITATION AND ABILITATION

Zhidkova O.V., Solomeina N.A., Center for social services, Surgut, Russia.

Зрение – ведущий источник и основное средство ориентировки человека в окружающем мире. Частичная или полная утрата человеком зрения, особенно в зрелом возрасте (поздноослепшие), значительно препятствует его самостоятельному передвижению и активной жизнедеятельности. В связи с этим становится актуальным обучение поздноослепших ориентировке и мобильности в микро- и макропространстве с помощью компенсирующего использования сохранных органов чувств и специальных средств.

В 2014 г. на базе БУ «Методический центр развития социального обслуживания» создан отдел обучения и допрофессиональной подготовки инвалидов по зрению (далее – отдел). Основой адаптационного обучения незрячих в отделе является базовый курс, продолжительностью 10 недель, направленный на формирование у незрячих компенсаторной приспособленности к бытовому и культурному самообслуживанию, самостоятельному ведению активной жизни.

Обучение в отделе прошли 135 инвалидов по зрению (в том числе 35 тотально слепых) и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению.

Центральным звеном базового курса является обучение инвалидов по зрению, в том числе поздноослепших, пространственному ориентированию с помощью белой трости, защитных техник, обучение навыкам передвижения, ориентирования в пространстве, правилам поведения в общественных местах.

Механизмом осуществляемого обучения является формирование индивидуальной системы предметных и социально-психологических ориентиров, развитие и включение в жизнедеятельность человека компенсирующих органов чувств и способностей, не являвшихся ведущими при сохранном зрении. Поэтапно осваивая правила и принципы ориентирования в пространстве с опорой на слуховые, осязательные и другие значимые ориентиры, обучающиеся на психологическом и социальном уровнях преодолевают зрительную депривацию посредством осознанного и активного использования своих сохранных возможностей.

Таким образом, полученные знания и навыки пространственного ориентирования способствуют более свободному включению инвалидов по зрению в различные (в том числе профессиональные) виды деятельности, самостоятельному и целенаправленному взаимодействию с людьми.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Иванов С.М., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROFESSIONAL DEFORMATION IN MEDICAL SPECIALISTS

Ivanov S.M., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

По мнению многих исследователей, психическое выгорание в большей степени свойственно представителям помогающих профессий. Их работа тесно связана с интенсивным общением и эмоциональным перенапряжением. К этим профессиям относят: врачей, психологов, священников, педагогов, юристов, социальных работников, и др. От работников помогающих профессий требуется чаще всего проявление таких качеств, как принятие личных устремлений, коммуникабельность, эмпатия, учет индивидуальных особенностей клиентов, гуманизм и милосердие. В связи с этим, представители помогающих профессий часто начинают испытывать большое перенапряжение, а впоследствии умственное, физическое и эмоциональное истощение.

Одной из профессий, соответствующей описанным критериям, является профессия медицинского работника. Медицине, как отрасли человеческой деятельности, принадлежит совершенно особое место, поскольку здесь происходит столкновение науки с гуманистическими ценностями. Принадлежит к профессиям субъекто-субъективного типа, деятельность медицинского работника осуществляется в условиях крайне высоких социо-психологических требований, а также связана с очень высоким умственным и психо-эмоциональным напряжением, перегрузками. «Выгорание» медицинских работников объясняется специфическими особенностями «помогающих профессий». Высокая производственная нагрузка, круглосуточный режим работы с обязательными дежурствами, ожидания осложнений в состоянии пациентов требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы.

В основе профессионального выгорания у специалистов медицинской сферы лежат и психологические причины. К этим причинам относятся определенные личностные качества, снижение мотивации, использование неконструктивных стратегий

преодоления стресса, а также склонность к отрицанию проблемы. Важное значение имеет фактор индивидуальной психологической переработки стрессовых воздействий, имеющих место в профессиональной деятельности. Это объясняет тесную взаимосвязь между негативными факторами среды и психологическими характеристиками личности медицинского работника и выражается в несоответствии потребностей и возможностей специалиста и условий среды.

КРЕАТИВНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ «УРАУ» ПО МОТИВАМ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА «УРАЛ-БАТЫР»

Калимуллин Р.Г., психолог группы «Верное Решение», г. Уфа.

CREATIVE MOTION THERAPY "URAU"

Kalimullin R.G., Ufa, Bashkortostan.

Креативно-двигательная терапия – это действие в образе. Сила воображения в действии.

Тезисы креативно-двигательной терапии:

1. Наша психика (душа) сама знает, какие ей в данный момент нужны образы.
2. Наше тело само знает, какие ему в данный момент нужны движения.
3. Вы и есть та личность, которая может в данный момент времени соединить движение с образом оптимальным способом. Здесь аналогия с подходом М. Монтессори, где нет заранее заданной программы обучения. Подобно тому, как ребенок сам реализует свою внутреннюю программу по развитию наиболее актуальных на данный момент качеств и навыков, так и любой человек сам находит для себя наиболее исцеляющие образы и воспроизводит их наиболее исцеляющим образом. Многие народы мира интуитивно, эмпирическим способом создали психотелесные, оздоровительные и духовные практики. Подобные практики есть и у башкирского народа. Некоторые практики сохранились в таких формах как заземляющий танец, протяжное пение Озон-кой, заземляющий контакт босиком Ялан-аяк, отреагирование эмоций в природе Кыскырыу и других формах этнотерапии.

И в тоже время наряду с психотелесными активностями сохранились и смыслообразующие продукты творчества, мощные ресурсные образы, активирующие целительную силу воображения.

Сочетание ресурсных образов и двигательной активности является сутью интегративной креативно-двигательной терапии, целью которой является достижение синергетического исцеляющего эффекта.

Настоящей сокровищницей ресурсных образов является башкирский эпос «Урал-Батыр».

Первые ресурсные образы, с которыми мы знакомимся в эпосе, это Яанбирде, отец Урал-Батыра и Яанбике, мать Урал-Батыра. Это титаны, не ведающие болезней. Сверлюди, которые всегда здоровы.

«...Не знают Яанбирде и Яанбике болезней, не пристаёт к ним недуг, а любая рана тут же заживает, словно ее и не было...» (Урал-Батыр. Башкирский народный эпос в изложении Айдара Хусаинова).

Яанбирде и Яанбике, здоровое мужское и женское начало. Это мощные целительные образы для выполнения любых оздоровительных практик.

Комплекс оздоровительных упражнений «Урау» в ресурсных образах – круговые, вращательные, спиралевидные движения, бесконечность-образные движения.

У данных упражнений, как минимум, 2 смысла:

1. Лечебная физкультура.
2. Креативно-двигательная телесно-ориентированная психотерапия.

ОТРАЖЕНИЕ СПОСОБОВ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЧЕЛОВЕКА

Калугина Н.Е., Цыганов М.И., Авдеева Е.Л., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

TYPES OF REACTION REFLECTED ON THE EMOTIONAL STATE OF PEOPLE

Kalugina N.E., Tsyganov M.I., Avdeeva E.L., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

В данной работе мы попытались установить влияние негативных эмоций на соматическое состояние. Было установлено, что негативные эмоции опосредованно влияют на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, и напрямую влияют на эмоциональное состояние человека.

Человек в течение жизни испытывает великое множество отрицательных эмоций, самой частой из которых является чувство обиды. Человек, как существо социальное подчинен правилам морали и этики, а ориентирован на оценку окружающих. Стесненный правилами, которые диктует ему социум, современный человек вынужден подавлять или переживать внутри себя деструктивные отрицательные эмоции, что в свою очередь негативно сказывается как на психическом, так и физическом состоянии. Зачастую, обида человека не соответствует масштабу причины вызвавшей ее, и является следствием скорее не реальной ситуации, а не соответствия наших ожиданий и поступков окружающих. А всегда ли правильно это?

Было произведено анкетирование двух групп населения г. Белорецка: пациенты, имеющие в анамнезе инфаркт миокарда, и должители города этого же города. Общая масса респондентов составила 40 человек.

Оценка результатов анкеты показала, что значительный процент (34%) среди первой группы испытуемых постоянно находится в состоянии беспокойства и неудовлетворенности жизнью. Эта группа людей очень болезненно реагирует на

критику направленную в адрес своей персоны, и склонна усиливать негативные переживания, возникающие во время трудных жизненных переживаний. Среди второй группы львиная доля испытуемых (96%) предпочитает выявить истоки возникшей неприятной жизненной ситуации, а не направлять свою энергию на развитие возникших предпосылок развития тяжелых эмоций. Таким образом, они избегают возникновения деструктивной эмоции и извлекают жизненный урок из сложившейся ситуации. Это помогает сохранить им душевное равновесие и ограждает от возникновения и развития некоторых заболеваний.

Таким образом, тяжесть ситуация, в большинстве случаев обуславливается не размером трагедии, а способом реагирования на нее.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПСР

Клих Т.Ю., Алянгина С.У., Нурлыгаянова Л.Р., Семенова Г.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PHARMACOLOGICAL THERAPY FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Kliikh T.Y., Alyangina S.U., Nurlygayanova L.R., Semenova G.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Помимо психокоррекционной работы использовалась медикаментозная терапия: фитотерапия, ноотропы, дегидратирующая и улучшающая мозговое кровообращение терапия, антидепрессанты (у 11 детей – 13,58%).

При проведении медикаментозной терапии у детей с ПСР нами были отмечены некоторые особенности:

- чем младше ребенок, тем реже в терапии психогенных расстройств, применяются психотропные препараты. Основными препаратами являлись ноотропы, сосудистые, мочегонные, витамины и фитотерапия.

- структурирование рабочего дня ребенка с выделением времени для физической нагрузки также увеличивает эффективность терапии.

При опросе о вкусовых пристрастиях детей мы обратили внимание, что практически основным любимым блюдом детей страдающих ПСР является вермишель. Нами был проведен небольшой эксперимент по использованию в питании детей продуктов, обогащенных магнием и цинком.

Были отобраны две группы детей с психогениями – экспериментальная и контрольная, каждая по десять человек. Родителям экспериментальной группы, наряду с получаемой терапией рекомендовали 2–3 раза в неделю включать в рацион детей продукты богатые содержанием солей цинка и магния (какао, овсяные хлопья, все серые крупы, нежирные сорта мяса, печень, рыба, сыр, лесные и грецкие орехи, зелень, бобовые, масло и хлеб). Мы получили следующие результаты: у детей с невротическим энурезом выздоровление наступило на 4 дня раньше, с заиканием улучшение наступало на 5 дней раньше, с фобиями на 15, невротическими тиками на 20 дней, а интенсивность тиков снижалась на 6 дней раньше, чем в контрольной группе. Кроме того, в экспериментальной группе наблюдалась стойкая ремиссия, тогда как в контрольной группе отмечался в течение года возврат симптоматики.

Так как у всех детей отмечалось нарушение осанки и моторики, в телесно-ориентированной терапии были использованы элементы ЛФК (физические упражнения для исправления осанки и улучшения моторики). Создавался оптимальный режим бодрствования ребенка.

Терапевтический эффект наблюдался у всех пациентов, причем у 65 (80,25%) больных было отмечено выздоровление, у остальных улучшение.

Выводы:

Дети с психосоматическими расстройствами нуждаются в комплексном наблюдении лечении педиатра, психотерапевта, узких специалистов при согласованной терапии с обязательным психокоррекционным компонентом отношений с родителями.

МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Клих Т.Ю., Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Семенова Г.В., Чевпцова Н.Л., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN TEENAGERS' ENVIRONMENT

Kliikh T.Y., Nurlygayanova L.R., Alyangina S.U., Semenova G.V., Chevpetsova N.L., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Одной из наиболее острых медико-социальных проблем в России является суицид. Республика Башкортостан занимает одно из лидирующих мест в «рейтинге суицидов» среди детей и подростков (41 случай за 12 месяцев 2016 года). Сложившаяся ситуация и концепция диатез-стресса диктует специалистам психотерапевтической службы Республики Башкортостан усилить раннее выявление лиц, склонных к суицидальному поведению. Достигается это путем регулярных тестирований 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 Республики Башкортостан (ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ). А также, для предотвращения эффекта Вертера, после самоубийств группы, в составе врачей-психиатров (психотерапевтов) и психологов, выезжают районы. Регулярно специалисты центра 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 2017 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 44 подростка с суицидальными тенденциями. Большая часть детей, а это 64%, оказались жители столицы РБ г. Уфы. Половина подростков оказалась из неполной семьи. Значительной части обследуемых (81%) было предложено заполнить «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии». Результаты показали, что у 18 человек, а это 40%, был высокий уровень тревожности. В так называемых суицидальных группах состояли 10 человек (22%). В 75% случаев был выставлен диагноз F43.25 смешанное расстройство поведения и эмоций, обусловленное расстройством адаптации.

Таким образом, при анализе личностных особенностей, выявляет формирование эмоционально-волевых нарушений (повышенная лабильность, поведенческие нарушения, демонстративные тенденции, импульсивность, депрессии, замкнутость). Суицидальные действия носят аффективный характер: ситуация, в силу особенностей подросткового возраста, оценивается как субъективно безвыходная. Подростки не имеют возможности решить свои эмоциональные проблемы, а это говорит о дефиците внимания со стороны родителей, учителей, школьных психологов. Влияние интернета носит незначительный характер, и в большинстве случаев говорит об отсутствии взаимопонимания в семье и в кругу сверстников. Дети, путем общения в интернете, замещают дефицит общения, признания и понимания. Основными мотивами суицидального поведения являются: переживание обиды, одиночества, непонимания со стороны родителей, неразделенные чувства, переживания, связанные с конфликтными отношениями между сверстниками. Значит личностные особенности, которые могут считаться предиктами суицидального поведения подростков и должны рассматриваться психологами и психотерапевтами в качестве терапевтической мишени для мероприятий по снижению риска суицида.

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЛЕКЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЬСКИХ СОБРАНИЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ)

Крылосова Е.Н., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

FAMILY ROLE IN PREVENTION OF CHEMICAL ADDICTIONS IN JUVENILE INDIVIDUALS

Krylosova E.N., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Проблема распространения зависимости от табака, алкоголя, токсических, наркотических веществ среди несовершеннолетних превратилась в проблему сохранения здорового генофонда нашей страны и, становясь одним из ведущих аспектов в вопросе о государственной безопасности, обращает на себя внимание не только специалистов, но и простых граждан.

Именно семья является основой всякого здорового общества. Родители являются первыми учителями в жизни ребёнка и просто обязаны помочь ему сформировать правильную оценку угрозы его здоровью и успешности всей своей жизни, которую несёт в себе употребление любого одурманивающего вещества.

Основной причиной, провоцирующей подростков на употребление подобных веществ. Прежде всего, это банальное любопытство, «это психическое состояние, возникающее в результате необходимости ориентироваться в окружающей обстановке и необходимое для лучшего приспособления к среде обитания». Но любопытство к употреблению одурманивающих веществ крайне опасно тем, что основывается на некорректной рекламе, и официальной и «народной», создающей вокруг этих веществ ореол доступности только избранным.

Суть психологической профилактики данной проблемы заключается в том, чтобы на основе простой аналогичной ситуации эмоционально близкой подростку, объяснить почему не нужно даже пробовать такие вещества, особенно в его возрасте. Современные подростки не представляют своей жизни без «РС», без доступа в Интернет и очень боятся, что их «игрушка» может подцепить компьютерный вирус, являющийся некой «вражеской» программой, стирающей всю имеющуюся в компьютере информацию и разрушающей его нормальное функционирование, превращая его в груды хлама. Сравнив тело человека, особенно его головной мозг и нервную систему с РС, а любое одурманивающее вещество с компьютерным вирусом родители помогут своему ребёнку воочию представить все последствия такого любопытства.

Очередной причиной является подражание «обычному» поведению взрослых, окружающих несовершеннолетних наибольшую часть их ещё такой короткой жизни. Именно в детстве мы все учимся общепринятому поведению через подражание, то есть через копирование поведения ближайшего, а потому авторитетного взрослого окружения. Если человек с самого детства привык, что окружающие его взрослые постоянно курят, пьют, употребляют наркотики и т.д. то он именно такое поведение воспримет как нормативное.

Профилактические действия взрослых будут, прежде всего, заключаться в скорейшем и кардинальном изменении своего поведения в сторону здорового образа жизни. Употребление «дурмана» из-за присутствия страха, напряжения, скованности в общении, потребности завоевать значимое положение в компании сверстников, а тем более старших по возрасту приятелей, желания доказать свою «взрослость» имеют под собой общую подоплеку в виде недостатка знаний по поводу сути понятия «взрослость» и опоры на его внешние атрибуты, воспринимаемые подростком как наиболее существенные. Здесь психологическая профилактика состоит в том, чтобы подросток начал воспринимать такие «проблемы переходного возраста» как необходимость приобретения бытовой независимости, определения направленности своих интересов в профессиональной деятельности, приобретения навыков общения, создания своей шкалы ценностей, именно, как основу своей успешной жизни, а не как капризы вечно всем и вся недовольных взрослых. Родители, не уделяя достаточного внимания приятельскому окружению своего ребенка, его интересам, увлечениям, его мнению по тому или иному вопросу, не утруждая себя «разговорами по душам» с ним, становятся чужаками в его жизни. Но если родители вместо разных запретов

будут как можно чаще и больше поощрять ребёнка к обсуждению таких вопросов, как чем привлекает его тот или иной приятель, то или иное увлечение, то или иное поведение, то в результате подросток стремясь точнее передать свои мысли и чувства будет вынужден больше говорить вслух, научиться грамотной аргументации, что одновременно благоприятно скажется на его умении свободно общаться, на его способности критически оценивать достоинства и недостатки и свои собственные, и своего окружения, и следовательно сможет правильно подобрать себе друзей, принимая ответственность за свои поступки на себя, а, значит, не будет вынужден прибегать к суррогатам удовольствия

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

Кузеева И.Р., ГБУЗ РКПБ № 1 МЗ РБ, г. Уфа

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PARTICIPANTS OF LOCAL MILITARY CONFLICTS, TECHNOLOGICAL AND NATURAL DISASTERS

Kuzeeva I.R., Clinical psychiatry hospital № 1, Ufa, Bashkortostan.

Широкая распространенность и тяжесть клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств среди 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 № 1 МЗ РБ 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, ГУФСИН 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 16 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, музыки 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.

УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ ДЛЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кузнецов В.Е., Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России.

MANAGING RECOVERY RESOURCES AND ANXIETY DISORDERS THERAPY MACHANISMS

Kuznetsov V.E., Moscow research institute for psychiatry, Moscow, Russia.

Третья волна когнитивной психотерапии акцентируется на позитивных аспектах жизнедеятельности как основе терапии. В ней выделены вопросы динамической устойчивости (resilience) и ресурсности (resourcefulness). Когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств (КОПТ) Р.Д.Тукаева близка идеям позитивной психологии в контексте третьей волны когнитивной психотерапии. Для исследования механизмов психотерапевтического воздействия при КОПТ использован опросник M.Celinsky – Resourcefulness for recovery inventory – RRI-RE.

В исследовании участвовали 52 пациента, страдающие паническим расстройством (N=29) и генерализованным тревожным расстройством (N=29). Исследование использовало дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой.

Методический инструментарий включал: Шкалу системной клинической качественно-количественной оценки эффективности психотерапии, SCL-90-R, STAI, BDI, ShARS, RRI-RE. По результатам пациенты разделены на группы значительного улучшения и улучшения состояния. Статистические методы: Критерии Манна-Уитни, Вилкоксона, определение размера эффекта d_{unb} .

В результате психотерапии произошло значимое снижение показателей всех симптоматических шкал (d_{unb} от 0.76 до 1.13) в группе значительного улучшения, преобладал позитивный рост показателей шкал RRI-RE «препятствующих выздоровлению» (средний $d_{unb}=2.09$) при отсутствии исходных различий по этим показателям между группами. Показатели «факторов, способствующих выздоровлению» RRI-RE были исходно выше в группе значительного улучшения и в меньшей степени реагировали в процессе лечения ($d_{unb}=0.91$). В группе улучшения состояния отмечена иная терапевтическая динамика. Прирост показателей был сравним для обеих групп шкал ($d_{unb}=0.59$ и 0.52 , соответственно).

Большая амплитуда изменений показателей шкал «Факторов, препятствующих выздоровлению» в сравнении с «Факторами, способствующими выздоровлению», говорит о роли первых в формировании эффекта значительного улучшения. Одновременно, исходно высокие значения «Факторами, способствующими выздоровлению» являются положительным прогностическим фактором эффективности психотерапии тревожных расст

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Куликова Н.В., Пермьякова О.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

TREATING PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS AT THE DAY PATIENT FACILITY OF THE REPUBLICAN CENTRE OF PSYCHOTHERAPY

Kulikova N.V., Permyakova O.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Мы проанализировали обращаемость пациентов с психосоматическими расстройствами в дневной стационар Республиканского психотерапевтического центра.

Так в 2013 году было пролечено 4,2% пациентов с психосоматическими расстройствами от общего количества принятых больных, в 2014 г. – 7,6%, в 2015г. – 8,9%, в 2016 г. – 9,7% и за первое полугодие 2017 года 12,7%. Таким образом видно, что за последние годы отмечается значительный рост обращений пациентов с данной патологией.

В структуре психосоматической патологии за 6 месяцев 2017года 57,7% составляет дисфункция сердечно-сосудистой системы, 29,6% -дисфункция желудочно-кишечного тракта (верхней и нижней его трети), 4,3% – болевое расстройство, 4,1% – дисфункция органов дыхания и 4,3% – другие расстройства (зуд, «ком» и т.д.)

Для лечения пациентов с психосоматическими расстройствами мы применяем интегративный подход. Свою эффективность в практике лечения депрессии доказали различные методы психотерапии. Рациональная психотерапия позволяет рассмотреть проблемы на когнитивном уровне, в ситуации утраты показана экзистенциальная и гештальт-терапия. Психоанализ дает возможность выявить конфликты и комплексы раннего детства. Групповая психотерапия помогает в осознании ситуации, выработке новых паттернов поведения, дает возможность получить эмоциональную поддержку со стороны группы. Телесно-ориентированная терапия использует тело в качестве «психотерапевтической мишени». Она направлена на осознание больным собственного тела, своих ощущений, связи эмоций и телесных ощущений. Этот метод позволяет влиять на эмоциональное состояние человека через тело с помощью специальных упражнений и приемов. Несомненную ценность имеет арт-терапевтическая работа, особенно для пациентов, испытывающих определенные затруднения в вербализации своих переживаний, а также сложности своих переживаний и их «невыразимости» (как, например, у лиц с алекситимией). Пациент обучается приемам саморегуляции – прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, медитации, дыхательным упражнениям. Даются рекомендации по изменению образа жизни, физической активности. Применяем медикаментозную терапию транквилизаторами, антидепрессантами, небольшими дозами мягких нейролептиков. Практически все пациенты получают физиотерапию, массаж.

В результате комплексного лечения купируется тревога, бессонница, снимается выраженность соматических проявлений.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОМАТО-ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, ТЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Куликова Н.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

BALANCE PROBLEMS OF SOMATIC AND MENTAL ASPECTS IN ETIOPATHOGENESIS, DEVELOPMENT AND PROGNOSIS OF NEUROTIC DISORDERS

Kulikova N.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

С древних времен ученые спорят о том, что первично, тело или душа. «Соматики» утверждают, что тело, «психики», что душа. Тесная связь соматического и физического в человеке отмечается на протяжении веков, еще со времен Гиппократов. В настоящее время психосоматическая медицина является одним из важнейших разделов медицины. А сам термин «психосоматика» появился в 1818 году. Каждый из нас замечал, что на испуг или волнение начинает учащенно биться сердце, пересыхает во рту, урчит в животе, краснеет или бледнеет лицо. А «медвежья болезнь?». Все это реакция нашего

тела на психический стресс. Какие же ситуации способны вызвать психосоматические расстройства? Стрессы, конфликты, утраты, неудовлетворенность жизнью, и т.д. Больше подвержены люди с повышенной тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, неспособные понимать и выражать свои чувства, когда обида, гнев или страх «точат» человека и вызывают болезнь тела.

Исторически к группе психосоматических расстройств относят («holy seven» — «святую семерку») — бронхиальную астму, язвенный колит, гипертоническую болезнь, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время к этим заболеваниям относят еще ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, ожирение, склонность к получению травм да и многие другие. Механизм возникновения этих заболеваний таков: на фоне стрессовой ситуации человек испытывает эмоциональное напряжение, волнение, тоску, тревогу, страх, они воздействуют на вегетативную и нейроэндокринную нервную систему, а затем на сосуды и органы. Вначале личность пытается справиться со стрессом и противостоять ситуации, проработав негативные эмоции. Если это не удастся, и стрессовая ситуация длится долго или часто повторяется, то в патологический процесс вовлекается тело, и развивается функциональное соматическое расстройство, т.е. органического поражения органов пока нет. Если на этом этапе человек коренным образом изменит свою жизнь, убрав все стрессовые ситуации, то и все симптомы, которые его беспокоят, бесследно исчезнут. Если ситуация не меняется, процесс приводит к поражению определенного внутреннего органа. А какого? Рвется там, где тонко. Возможна «семейная» предрасположенность реагировать на стресс определенным типом осложнений: желудочным, сердечным, т.п.. Такая предрасположенность может транслироваться из поколения в поколение. Возьмем для примера ситуацию: человек занимается бизнесом, постоянно испытывает перегрузки, негодование, подавленный гнев, агрессию, которая не находит выхода, на этом фоне повышается кровяное давление, болит голова, сердце, плохой сон. И тогда он решает бросить бизнес и уехать жить в деревню, заниматься йоговскими практиками. Все симптомы уйдут. В противном случае, если образ жизни не меняется, болезнь прогрессирует, поражается сердце, головной мозг, другие органы и системы.

Бывают и психосоматические расстройства функционального уровня, их еще называют вегетативными неврозами. Например, невроз сердца проявляется болями в сердце, учащенным сердцебиением, замиранием сердцебиения; невроз дыхательной системы – одышкой, ощущением неполноты вдоха; невроз желудочно-кишечного тракта нарушениями пищеварения, болями, расстройством стула. В отличие от органических поражений при данных заболеваниях поражений органов не обнаруживается, но человек испытывает массу субъективных жалоб, и это состояние может ощущаться тяжело. Больной ходит по врачам, лечится, но эффекта от лечения нет, потому что органы его здоровы, а лечить необходимо психическую сферу, решать психологические проблемы.

Приведем пример: пациентка М., 23 года, студентка ВУЗа, обратилась с жалобами на боли в области желудка, урчание в животе, чувство вздутия живота, расстройство стула. За период болезни была неоднократно консультирована терапевтами, гастроэнтерологами, прошла многочисленные обследования (гастроскопия, УЗИ, обследования кишечника) – грубой патологии не обнаружено, но состояние ухудшалось, стала избирательно питаться, т.к. после приема пищи «урчание» становилось громким, боялась, что его услышат окружающие неохотно посещала занятия, боялась «опозориться» и т.д. Работая с психотерапевтом были изучены психологические предпосылки состояния, установлена причинно-следственная связь между рядом стрессовых моментов в ВУЗе и симптомами болезни. Состояние стало улучшаться.

Как же лечатся психосоматические заболевания? Для начала самому попытаться разобраться в себе, своих проблемах, проанализировать свои отрицательные эмоции и найти выход. Активизировать свои ресурсы, т.е. делать все то, что снимает напряжение и дает радость, спокойствие, отдых, энергию. Это может быть спорт, общение с друзьями, хобби, полноценный сон и питание. Если все это не дает проку, обратиться к психотерапевту.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В РАМКАХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Куликова Н.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

DAY PATIENT FACILITY AT THE REPUBLICAN CENTRE OF PSYCHOTHERAPY

Kulikova N.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

С февраля 2013 г. на базе Республиканского клинического психотерапевтического центра был открыт дневной стационар для психотерапевтических больных на 25 коек, а с октября 2015 года на 30 коек.

Дневной стационар является промежуточным звеном между внебольничными и стационарными психотерапевтическими звеньями и предназначен для оказания помощи психотерапевтическим больным, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но нуждающимся в лечебно-диагностической помощи в дневное время, по объему и интенсивности приближенной к стационарной.

За период работы дневного стационара было пролечено 1087 человек (2013 г. – 372, 2014 г. – 382, 2015 г. – 333), из них мужчин 256 человек, женщин 831 человек. По возрастному составу наибольшее количество пациентов приходится на возрастную группу 41–50 лет (21,3%) по сравнению с 2014 годом, где ведущей возрастной категорией была группа 51–60 лет (25%). Прослеживается рост пациентов возрастных групп 21–30 лет (16,2% по сравнению с 10% в 2014 году) и 18–20 лет (3,9% по сравнению с 1% в 2014 году) и снижение количества поступивших пациентов в возрасте старше 60 лет (16,8% по сравнению с 30% в 2014 году). Это свидетельствует о своевременности развития и расширения сети психотерапевтической помощи в республике в рамках отделения ее от психиатрической службы, когда молодой работающий состав населения может обратиться к психотерапевту без боязни быть поставленным на учет, что повышает

доверительное отношение к психотерапевтической службе. В структуре заболевания лидируют пациенты с невротическими расстройствами (F40-F49) – 54,6% по сравнению с 44,5 % в 2014 году, наблюдается уменьшение пациентов с органической патологией (F00–F09) – 36% по сравнению с 50% в 2014 году.

Сравнительный анализ позволяет сделать вывод о росте количества пациентов с невротическими расстройствами, что еще раз доказывает своевременность и актуальность развития психотерапевтической службы в регионе.

ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кунафина Е.Р., Евтушенко Е.М., Башкирский государственный медицинский университет;

ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

SUICIDAL RISK IN ELDERLY PATIENTS

Kunafina E.R., Yevtushenko E.M., State Medical University of Bashkortostan, Ufa; Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Депрессия у лиц пожилого возраста часто сопровождается соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистые, инсульт, сахарный диабет, болезнь Паркинсона и др.). Поэтому депрессивные больные и обращаются в общесоматические учреждения. По результатам исследования, проведенного в крупных многопрофильных больницах г. Уфы, в различных контингентах соматических больных частота депрессий достигает 20—30% и 12—15% — для тревожных расстройств. При этом, проявления депрессии у пожилых пациентов, и соответственно суицидальный риск, не всегда диагностируются. Поэтому необходимо иметь в распоряжении критерии, которые бы позволили врачам общемедицинской сети оценить риск суицида у конкретного пациента, и принять решение о необходимости специализированной помощи. Выделяют следующие группы критериев, на которые следует обращать внимание: 1. Указания на суицидальность: попытки суицида в течение жизни, суициды в семье или окружении, прямые или не прямые угрозы суицида, «необъяснимое беспокойство» после обсуждения угроз суицида. 2. Усиливающие факторы: ажитированное поведение, чувство вины, «застойный» аффект и агрессия, мучительная бессонница, хроническая боль, алкоголизм. 3. Критические ситуации: уничижающие психотравмы, личные катастрофы и крушение надежд. 4. Средовые соотношения: семейная дисгармония, финансовые трудности, потеря межличностных контактов, развод, одиночество, отсутствие поддерживающих религиозных связей.

Также, наряду с выявлением депрессивных расстройств помогает оценить и суицидальный риск применение скрининговых опросников. Для скрининга депрессивных расстройств у пожилых людей наибольшее распространение получила шкала депрессии пожилого и старческого возраста. Наиболее оптимальным инструментом для повседневной клинической практики является GDS-4. Она состоит всего из четырех вопросов, которые позволяют легко оценить вероятность депрессии у пожилого человека, а, значит, и оценить вероятность суицида у соответствующего пациента. Количество баллов 2 и более указывают на вероятный «случай» депрессивного расстройства. Для более точной оценки риска суицида рекомендуется использовать дополнительные психометрические инструменты. Например, опросник депрессии Бека, который содержит вопрос (пункт «Ж»), касающийся суицидальных мыслей.

Таким образом, при обследовании и терапии пациентов пожилого возраста с хроническими соматическими заболеваниями важным аспектом является выявление тревожно-депрессивных расстройств и оценка суицидального риска.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кунафина Е.Р., Сакаева Д.Д., Башкирский государственный медицинский университет; ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ

USE OF ANTIDEPRESSANTS IN TERMINAL STAGES OF ONCOLOGICAL DISEASES

Kunafina E.R., Sakaeva D.D., State Medical University of Bashkortostan, Ufa; Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Депрессивная симптоматика у больных в терминальной стадии онкологических заболеваний носит транзиторный характер и требует в первую очередь психологической поддержки и особого внимания со стороны врача и близких. Интенсивность таких проявлений, как переживание потери, ощущение одиночества, безнадежности, тревога, печаль и духовные страдания, часто заслоняют собой физические мучения умирающих больных. Для таких больных характерна отгороженность от внешних социальных обстоятельств. Более тяжелые проявления депрессии с классическими нейровегетативными признаками могут затруднять терапию и уход за такими больными. Для лечения предпочтительным является использование антидепрессантов с минимальным набором побочных свойств, особенно связанных с антихолинергическим действием. К сожалению, мало что известно о применении современных антидепрессантов (флуоксетина, сертралина, пароксетина, венлафаксина, мirtазапина) в процессе терапии умирающего больного. При необходимости лекарственной терапии у больных с выраженным компонентом ажитации (бессонница, тревога) рекомендуется использовать антидепрессанты с седативными свойствами. Средством выбора в таких случаях может быть тразодон, особенно если принимать во внимание его незначительные антихолинергические и кардиотоксические свойства. В тех же случаях, когда в состоянии больного на первый план выступают повышенная утомляемость, заторможенность и седация, целесообразно использовать малые дозы нортриптилина (25 мг/сут) или флуоксетина (5–10 мг/сут).

Традиционно терапевтическое вмешательство направлено на лечение болезни или на продление жизни. Многие терминально больные не желают больше бороться за жизнь, но стремятся умереть в покое и без боли в привычной

домашней обстановке. Процесс лечения таких больных часто осложняется развитием дополнительно к основному заболеванию психических расстройств. Для предотвращения и купирования болевых симптомов, тревоги, психотических признаков, депрессии и мании необходимо разрабатывать эффективные схемы лекарственной терапии. Все чаще такие схемы используются в контексте хосписного движения, направленного на удовлетворение нужд умирающего больного, которое длительное время не удостоивалось внимания со стороны врачей и других специалистов-медиков. В настоящее время врачи-психиатры должны принимать большее участие в работе хосписов, которые нуждаются в экспертных рекомендациях по использованию психофармакотерапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ВОЗДЕЙСТВИЯ БОЛЕЗНИ И СИМПТОМОВ (МОБИС) В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СТАЦИОНАРА.

Любаева Е.В., ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского» МЗ РФ, филиал ННЦН, Москва

PROJECTIVE METHOD FOR EVALUATING DISEASE EFFECTS AND SYMPTOMS IN IN-PATIENTS WITH TUBERCULOSIS
Lyubaeva E.V., V.Serbsky Federal medical research center for psychiatry and narcology, Moscow, Russia.

Цель: оценить возможность применения метода МОБИС в психодиагностической и психотерапевтической практике у пациентов туберкулезного стационара.

Материалы и методы: 65 пациентов инфекционного отделения туберкулезного стационара г.Москвы (40 мужчин и 25 женщин, средний возраст 29 лет) находились под наблюдением психолога на протяжении 3 месяцев. Все испытуемые имели диагноз ВИЧ-инфекция и диссеминированный туберкулез (ТБ). Метод оценки воздействия болезни и симптомов (МОБИС), который является модифицированной версией метода PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), разработанного Stefan Buchi и Tom Sensky (1998).

Результаты и обсуждение: тяжесть физического и психологического состояния больных, трудно поддающиеся лечению заболевания, длительный срок госпитализации требуют новых инструментов для работы психолога и врача. С помощью МОБИС мы можем динамически наблюдать, какое значение имеют в жизни больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом различные симптомы и жизненные сферы, как изменяется во времени отношение к ним в процессе лечения, на протяжении всего периода госпитализации. Перспектива будущего у больного сужена, оно представляется неясным и проблематичным. Оценка воздействия болезни и отдельных симптомов на страдающего человека помогает определить проблемные зоны в адаптации к новой жизненной ситуации и сузить фокус переживаний пациента. Лидирует по значимости «семья», которая приобретает все большее значение по мере прогрессирования заболевания. Такие переживания, как «тоска», «страх перед будущим», могут быть ослаблены беседой с врачом или психологом. Физическая боль также достаточно часто вызывает переживания пациентов. Интересно отметить, что в группе больных сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ степень выраженности страха и тревоги перед ТБ выше, перед ВИЧ. С увеличением стажа заболевания ВИЧ-инфекцией идет на спад острота эмоциональных переживаний. Напротив, повторные госпитализации по поводу заболевания ТБ вызывают сильные переживания из-за состояния своего здоровья у пациентов.

Выводы: МОБИС – проективный метод, который позволяет пациенту самому отразить текущее воздействие болезни и предназначен для использования как в психодиагностике, так и в клинической практике психотерапии. Среди симптомов болезни наибольшее воздействие на больных ВИЧ и ТБ имеют: разлука с семьей, тоска, страх перед будущим и боль. Знание психологических проблем пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ, помогает строить отношения доверия с больными и создавать атмосферу сотрудничества в процессе лечения. Это способствует преодолению внутреннего сопротивления диагностике и лечению, а также повышению приверженности терапии.

РЕЛИГИОЗНЫЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Магай А.И., мл.н.с. ФГБНУ Научный центр психического здоровья, МОД СКТ, Москва, Россия.

Казмина Е.А., клинический психолог, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия.

RELIGIOUS COPING STRATEGIES IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ENDOGENIC MENTAL DISORDERS COMBINED WITH ALCOHOLIC ADDICTION

Magay A.I., Kazmina E.A., Mental health research center, Moscow, Russia.

Реабилитация больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью представляет интерес в связи с актуальностью данной патологии в популяции. Привлечение теории «копинга» (Lazarus R.S., Folkman S., 1984) в осмыслении этой проблемы важно подходу, благодаря которому индивидуум переживает стресс или ответ на стресс.

Важнейшим копинг-ресурсом, которые обусловлены личностными характеристиками, являются ценностно-смысловые установки личности, связанные с религиозным мировоззрением. Опыт духовно-ориентированного проблемно-разрешающего поведения, а также социальная поддержка, реализуемая в религиозной среде, являются составляющей частью религиозных средовых копинг-ресурсов, оказывающих влияние на копинг-поведение в целом.

С позиций теории копинга аддиктивные расстройства у психически больных людей можно рассматривать как псевдоадаптивный способ совладания со стрессом на фоне измененной почвы. В рамках религиозного мировоззрения развитие алкоголизма у психически больных можно рассматривать как греховное поведение, явившееся результатом ослабления нравственных сил

личности. Привлечении новых религиозных копинг-ресурсов и копинг-стратегий способно оказать благотворное влияние на личность и повлечь за собой и изменение копинг-поведения.

В зависимости от стиля интеграции религиозных копинг-стратегий личностью исследователями выделяются самостоятельный, подчиненный и совместный стиль поведения личности (PargamentK., 2000). Выделяют также следующие типы интериоризации религиозных копинг-стратегий личностью: манипулятивный (безличностный), договорной (принцип взаимной выгоды), отношения взаимной любви (VerhagenP., 2012).

Среди положительных «функций» религиозных копинг-стратегий стоит отметить способность обретения смысла и цели в жизни, положительное влияние на чувство контроля над ситуацией, благотворное влияние на эмоциональную регуляцию повседневной жизни, улучшение качества социальной поддержки благодаря религиозной общине, а также трансформация ценностно-смысловых образований личности (NefiR., 2011).

Религиозные копинг-стратегии в реабилитации больных с коморбидной патологией последовательно реализуются в рамках работы конфессионально-ориентированной технологии на базе ФГБНУ НЦПЗ (Москва, Россия).

ТРАНСГЕНЕРАЦИОННАЯ ПЕРЕДАЧА ОПЫТА ТРАВМЫ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ

Магизова Г.М., семейный психолог, системный расстановщик, директор Уфимского центра психологического консультирования и системных решений, преподаватель Института консультирования и системных решений (г.Москва). Россия, Уфа.

TRANSGENERATIONAL EXPERIENCE OF TRAUMA IN FAMILY SYSTEM

Magizova G.M., family psychologist, Ufa, Russia.

В докладе рассматриваются трансгенерационные аспекты передачи системного опыта. Дается определение понятию трансгенерационной травмы. Рассматриваются механизмы и участники передачи травматического опыта. Обосновывается необходимость расширенного взгляда на проблему клиента во временной перспективе родовой истории. Диагностическими признаками, свидетельствующими о том, что актуальные трудности индивидуума могут быть связаны с трансгенерационной травмой, являются: признаки посттравматического расстройства при отсутствии травматических событий; повторяющиеся биографические факты в геносоциогамме семьи; сходство в симптоматике или затруднениях в решении определенных жизненных задач. Рассматривается понятие лояльности и вины, как регуляторов принадлежности семье. Попытка избежать давления травматического опыта предыдущих поколений, ведет к его повторению во все более истощающих формах. Силы клиента направлены не на проживание собственного актуального опыта, а на контроль окружающего мира. Согласно Л. Фон Берталанфи отличие физических (неживых) систем от живых в том, что в последних происходит обмен с внешней средой. В этом смысле травматический рост это обмен с внешней средой в ситуации системного кризиса, в отличии от травматического стресса, который сродни замиранию, отсутствию жизни и интеграции. Обсуждается травматический рост личности, как позитивный исход интеграции трансгенерационной травмы семейной системы. Положения, представленные в докладе, иллюстрируются примерами из консультативной практики. Описываются приемы системно-феноменологического подхода в диагностике и консультировании клиента, трудности которого обусловлены трансгенерационной травмой.

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ «СПАЙС» В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Максимчук В.П., ГУ «РНПЦ психического здоровья», Республика Беларусь, г. Минск

STATISTICS ON SMOKING MIXES IN BELARUS

Maksimchuk V.P., Psychological Health Center, Minsk, Belarus.

Цель исследования: провести анализ распространенности употребления курительных смесей «Спайс» в Республике Беларусь и разработать подходы профилактики их употребления.

Материал исследования: Использовались статистические данные областных наркологических диспансеров о числе выявленных лиц, употребляющих курительные смеси, в том числе и употребления «Спайсов».

Методы исследования: проведен анализ статистических отчетов областных наркологических диспансеров по вопросу распространения употребления наркотических средств в том числе и курительных смесей.

За последнее десятилетие в Республике Беларусь число пациентов с синдромом зависимости от наркотических средств увеличилось в 1,4 раза: с 6145 чел. (62,5 на сто тыс. нас.) в 2005 году, до 8649 чел. (91,1 на сто тыс. нас.) на 1 июня 2017 года.)

Смертность диспансерных пациентов с синдромом зависимости от наркотических средств за последние 5 лет увеличилась на 65,0 %.

В 2016 году врачами-психиатрами-наркологами выявлено 483 пациентов, употребляющих курительные смеси, из которых 68 женщин (14,1%), 143 чел. несовершеннолетних (29,6%). Наибольшее число лиц, употребляющих курительные смеси выявлены в г. Минске (168 чел., 34,7%) и в Гомельской области – 107 чел. (22,1%).

Выяснилось, что в состав курительных смесей входят такие растения, как голубой лотос, индийский воин, маккона брава, канавалия морская, шалфее и др., которые имеют психотропное или же галлюциногенное действие, и уже внесены в список опасных веществ.

Регулярное курение «Спаисов вызывает необратимую деструкцию центральной нервной системы, появляются местные реакции организма в виде постоянного раздражения слизистой оболочки гортани и носовой полости, постепенно развивается состояние депрессии.

Для предотвращения употребления курительных смесей и смертности пациентов с наркоманией целесообразно: привлечение средств массовой информации в целях профилактики: информирование о случаях смерти известных людей и т.д.; в целях раннего выявления употребляющих наркотические средства нужно последовательно внедрять тестирование школьников на употребление наркотических средств.

ПСИХОГИГИЕНА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Малютин Ю.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHO-HYGIENE FOR CHILDREN AND TEENAGERS

Malyutina Y.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Психогигиена детства основывается на учете особых качеств психики ребенка, позволяющих обеспечить гармоничное ее формирование.

Главная особенность деятельности дошкольника всегда проявляется в играх. И поэтому очень важна правильная организация игровой деятельности ребенка. Именно это является залогом наиболее полноценного формирования психики ребенка.

Формирование психики ребенка в некоторой степени обеспечивается при помощи исторически сложившихся систем воспитания. Повседневная жизнь ребенка наполнена неожиданностями, разнообразием человеческих индивидуальностей, и это, говорит о том, что воспитание ребенка должно быть организованным и структурированным, поэтапным процессом, и должно направляться не только семьей, но и воспитателями дошкольных учреждений. Воспитание выступает в роли орудия формирования гармоничной, психически здоровой личности лишь в том случае, если учитывается ее индивидуальность и строго соблюдаются психогигиенические требования.

Очень важна психологическая атмосфера, в которой воспитывается ребенок. Так как в детстве происходит последовательное развитие и усложнение впечатлительности. Растет значение впечатлений. В этот период ребенок, в основном, живет впечатлениями от окружающих его событий и явлений, на основе которых, формируется его психическая деятельность. Подростки же, в свою очередь, строят свои суждения и умозаключения уже и на сочетании образов, вызванных непосредственными впечатлениями, с образами представлений, хранящимися в памяти. На основе субъективного оперирования такими образами появляется рефлексия, что является необходимым условием для развития личности.

Психогигиеническая работа с детьми должна проводиться на всех этапах их развития, в семье, в дошкольных учреждениях, в школе. Ведущая роль в обеспечении психогигиенических мероприятий принадлежит родителям и педагогам. Психогигиеническая работа вне школы должна быть направлена на ослабление воздействия на ребенка или подростка нездоровых бытовых и психологических условий в семье, влияния неформального окружения. С учетом особенностей психики подростка, важно найти разумный баланс между требовательностью и терпимостью, стремиться к сохранению контакта с ним, стараться не потерять его доверие. Необходимо с пониманием относиться к проблемам подростка, помочь найти интересные занятия (увлечения, хобби другое) и всячески поддерживать его полезные увлечения, способные уменьшить риск вовлечения в асоциальные компании.

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Мацевич М.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

TELE PHONE HELPLINE AS INSTRUMENT OF SOCIAL ILL-BEING PREVENTION

Matsevich M.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

В условиях социально-экономических и политических потрясений последних лет, возрастающей обособленности людей, утраты доверия к окружающим, разрыва связей между поколениями все более актуальным становится вопрос совершенствования специальных служб для снижения психологического дискомфорта, укрепления психического здоровья и формирования атмосферы психологической защищенности населения. Именно такой службой, позволяющей оказывать экстренную психологическую помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, является телефон доверия (ТД).

Первоначально в Республике Башкортостан существовала сеть разрозненных ТД в структуре различных служб, и в их числе – ТД Республиканского клинического психотерапевтического центра МЗ РБ. В 2013 году центр стал участником уникального проекта, не имеющего аналогов в нашей стране. По инициативе партии «Единая Россия» пять служб ТД крупных ведомств республики, оказывающих психологическую поддержку, были объединены под единым номером, который функционирует круглосуточно, анонимно и бесплатно на всей территории республики. Для оповещения населения о деятельности службы разработаны и распространены информационные материалы, проведены рекламные мероприятия. На звонки абонентов отвечают психологи, врачи-психиатры и психотерапевты.

В 2015 году на ТД ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ поступило 4335 звонков, из них состоявшихся – 70,6%, молчаливых и сорвавшихся – 29,4%. Качественный анализ тематики обращений на ТД ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ за 2015 год показывает, что наиболее актуальными проблемами для обратившихся граждан являются взаимоотношения в семье между супругами, родителями и детьми (24,5%) и проблемы личностного характера (23,3 %). Далее следуют проблемы психического и соматического здоровья, психологические трудности (9,1%), вопросы взаимоотношения полов (6,6%), конфликтные ситуации в школе и на работе (2,3%). Наиболее проблемную группу составляют обращения, поступающие от подростков и взрослых, имеющих суицидальные намерения (4,5%).

Как свидетельствует статистика, детей до 14 лет (5,39% абонентов) в основном волнуют вопросы установления знакомств, затруднения в проявлении собственных чувств, конфликты с родителями, учителями и сверстниками. Для абонентов от 15 до 18 лет (7,15%) на первом месте стоят проблемы взаимоотношений полов, а также вопросы выбора жизненного пути. В 18–35 лет (48,85%) приоритетными становятся проблемы принятия себя, поиск смысла жизни, взаимоотношения с близкими. В 36–50 (27,76%) лет на первый план начинают выходить общественно-политические вопросы. Для людей старше 50 лет (10,85%) доминирующими оказываются бытовые проблемы, а также трудности, связанные с ухудшением здоровья и утратой близких.

Практика показывает, что своевременная и профессиональная поддержка консультантами ТД является важнейшим профилактическим мероприятием, помогающим мобилизовать духовные и физические ресурсы абонентов для выхода из критического состояния, укрепить уверенность в своих силах и найти выход из трудной ситуации. В свою очередь, продолжение работы по информированию населения о деятельности ТД для устранения настороженного отношения и предрассудков, регулярное повышение квалификации консультантов и совершенствование уровня взаимодействия ТД со службами защиты населения послужит повышению эффективности работы ТД.

СПЕЦИФИКА СОЦИО-КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТА

Мелёхин А.И., клинический психолог Российского геронтологического научно-клинического центра; аспирант ФГБУН Институт психологии РАН, лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях.

Сергиенко Е.А., доктор психологических наук, профессор, старший научный сотрудник ФГБУН Институт психологии РАН, лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях.

SOCIO-COGNITIVE DEFICIENCY IN OLD AND SENILE AGE

Melyokhin A.I., clinical psychologist, Institute of psychology RAS, Moscow, Russia.

Sergiyenko E.A., professor, doctor of sci. (psychology), Institute of psychology RAS, Moscow, Russia.

Сложившаяся социальная ситуация предъявляет высокие требования к эмоциональной компетенции или социо-когнитивной способности человека позднего возраста, которая включает в себя: понимание собственных психических состояний и другого человека или модель психического (theoryofmind, ToM); регуляцию эмоционального состояния и способность к эмпатии [2].

Почти все неврологические и психические расстройства, которые сопровождаются церебральными изменениями включают в себя дефицит социо-когнитивной способности [1;2;3]. Не зря в DSM-V оценка социального познания является одним из шести компонентов, определяющих нейрокогнитивный статус [2], риски развития большого эпизода депрессии [4], старческой астении [3]. Изменения в этой способности следует рассматривать как важный маркер изменений в функциональном статусе, которые влияют на способность поддерживать здоровье-сберегающее и профилактическое поведение, социальный капитал.

Цель исследования: выявление особенностей когнитивного и эмоционального компонентов модели психического в пожилом и старческом возрасте.

Участники исследования: три группы респондентов: 1) 55-60 лет – 120 (17 мужчин и 103 женщины, $M \pm SD_{age} = 56,6 \pm 1,8$); 2) 61–74 лет – 120 (13 мужчин и 107 женщин, $M \pm SD_{age} = 66,7 \pm 3,9$) и 3) 75–90 лет – 50 (11 мужчин и 39 женщин, $M \pm SD_{age} = 79,4 \pm 3,5$) проходившие амбулаторную комплексную гериатрическую оценку состояния здоровья у врача-гериатра в городских поликлиниках г. Москвы.

Методики исследования: тест на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий (Winner's Task); субшкалы из Пенсильванской нейропсихологической батареи (WEB PennCNP); тест распознавания эмоций (Penn Emotion Recognition Task-40), тест дифференциации эмоций (Penn Measured Emotion Discrimination Task), тест запоминание лиц (Penn FacialMemoryTest).

Результаты исследования:

Память на лица. Показано, что при непосредственном воспроизведении лиц по памяти респонденты 55-60 лет сумели вспомнить в среднем 35 (87%) лиц, 61–74 лет – 32 (74%) лица, а респонденты 75–90 лет – 26 (61%) лиц из представленных 40 фотографий лиц.

Распознавание и дифференциация простых эмоций. В позднем возрасте наблюдаются следующие особенности обработки эмоциональной информации: 1) эмоциональная гетерогенность или феномен положительного перцептивного смещения, большие трудности при распознавании отрицательных в отличие от положительных эмоций; 2) ложная атрибуция или гипотеза конгруэнтности настроения, т.е. при распознавании экспрессии спокойного лица у респондентов трех возрастных групп наблюдались ошибки в форме приписывания других эмоций; 3) эффект высокого порога интенсивности эмоций, т.е. высокая интенсивность эмоций способствует лучшему распознаванию эмоций; 4) феномен гендерного уклона при распознавании экспрессий лица, т.е. женщины пожилого возраста лучше распознают женские лица лучше, чем мужские.

Понимание небуквальных высказываний. У респондентов трех возрастных групп наблюдаются большие изменения в понимании иронии, чем обмана. Следует отметить трудностей в одновременное понимание двух точек зрения и интерпретации обмана и иронии в социальном контексте у респондентов трех возрастных групп.

Таким образом выделенные особенности расширяют симптомы дефицита социо-когнитивной способности для более эффективной диагностики этих нарушений и эффективности проводить социо-когнитивные тренинги по восстановлению и усилению навыков понимания психических состояний других людей в позднем возрасте как при нормальном старении, так и при нейродегенеративных расстройствах. Значительный интерес представляет применение транскраниальной магнитной стимуляции и введения окситоцина для улучшения социо-когнитивных навыков у пациентов лобно-височной деменцией. Актуальными являются исследования по эффективности серотонинергических и норадренергических антидепрессантов при аффективном спектре расстройств в позднем возрасте для стабилизации обработки социо-эмоциональной информации.

Список литературы

1. Derntl B., Habel U. Deficits in social cognition: a marker for psychiatric disorders? // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2011. Vol. 261. № 2. pp. 145-149. doi: 10.1007/s00406-011-0244-0
2. Henry J.D., et al. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders.// Nat Rev Neurol. 2016. Vol.12. №1.pp.28-39.
3. Moran J.M., et al. Social-cognitive deficits in normal aging //J Neurosci. 2012. Vol.32. №16.pp. 5553–5561.
4. Shiroma P., et al. Facial recognition of happiness among older adults with active and remitted major depression// Psychiatry Research. 2016. Vol. 243. pp.287–291

ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РАМКАХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Меренков В.А., БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут

PRACTICE-FOCUSED MODEL OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY IN PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL SUPPORT FOR CHILDREN WITH LIMITED ABILITIES IN INCLUSIVE EDUCATION

Merenkov V.A., Surgut state university, Surgut, Russia.

На настоящем этапе реализации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями (ОВ) центральной задачей является создание продуманной системы образовательного материала и психолого-педагогического сопровождения, делающих обучение такого ребенка среди здоровых сверстников не только возможным, но и продуктивным. В вопросе организации качественного психолого-педагогического сопровождения «особого» ребенка в школе главенствующее положение, на наш взгляд, должны занять классические и современные достижения клинической психологии и психологии развития.

В 2012–2016 гг. автором в сотрудничестве с коллегами с кафедры клинической психологии в рамках курсов повышения квалификации для психолого-педагогических работников дошкольных и среднеобразовательных учреждений была предложена практикоориентированная модель, по своему содержанию схожая с ориентировочной основой деятельности в теории планомерно-позапного формирования П.Я. Гальперина. Данная модель направлена на обеспечение персонала школ знаниями и средствами самостоятельной и компетентной психолого-педагогической работы с обучающимися с ОВ, ориентированной на их клинико-психологические особенности.

В основу модели положены, со стороны клинической психологии, представления о морфофункциональной структуре нарушений познавательной деятельности при определенных формах дизонтогенеза, принципах различения и диагностических признаках мотивационной, операциональной, динамической сторон нарушений, условиях и механизмах компенсации этих нарушений психолого-педагогическими средствами; со стороны психологии развития – представления об условиях и механизмах познавательной деятельности ребенка в разном возрасте, роль в этом процессе и возможности ведущего типа деятельности, принципы и механизмы произвольного опосредствования становящейся познавательной деятельности.

Принципиальной особенностью данной модели является интегративность составляющего ее теоретического и практического материала. Развертывая ориентировку учителей и специалистов школы в клинических и развивательных особенностях детей с ОВ, мы создаем условия для планомерного (фонового) психолого-педагогического сопровождения данной категории обучающихся в рамках школьной жизни.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN

Nurlygayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

В процессе терапии нами одновременно использовались несколько методов психотерапевтического воздействия на ребенка и членов его семьи.

Игровая терапия в основном проводилась с детьми 7 лет, индивидуально по 1 часу (раз в неделю с каждым ребенком по 15-20 занятий).

Характер игры ребенка менялся соответственно уровню его развития:

1. Эдипальный этап развития – характерен для детей от 3 до 7 лет. Во время взаимодействия с терапевтом ребенок легко входит в контакт, давая взрослому роль восхищенного зрителя или ставя его в ситуацию совместной игры. Дети кокетничают, распределяют роли себе, куклам, взрослому. Игры сюжетно-ролевые, с правилами, спортивные. Игровые действия – это игры на бумаге, стрельба в цель, символические действия с пистолетом и дамскими сумочками.

Проблема на данном этапе развития: повышенная возбудимость, ребенок боится потерять контакт над собой, «взорваться» (отсюда игры на тему взрывов). Психотерапевт выставляет ограничения, которые в целом принимаются ребенком. Иногда возникают компромиссные образования – игра по своим правилам.

Перфекционизм ребенка постепенно теряет свою остроту, желая, сталкиваясь с сопротивлением материала приводятся в соответствие с возможностями. Ребенок идентифицируется с родителем своего пола, и в то же время не боится расправы с ним, как с конкурентом.

2. Анальный характер игры характерен для детей 3–4 лет, у детей старшего возраста он расценивается как регресс развития.

На первом этапе терапии у ребенка проявляются сильные защитные реакции (он прерывает контакты, надевает маски, прячется в домик). Ребенку важно дозировать общение, высказывать критические замечания в адрес игрушек и взрослого, он провоцирует и защищается от наказания. Позиция терапевта нейтральная, четкое выставление ограничений и выдерживание этих рамок. Характерный вид игры – «грязная» игра (мажет игрушки краской, изготавливает «супчики и каши» из игрушек и тому подобное, то есть стирает их автономное существование). Эти игры отражают сепарационную тревогу, желание независимости и страх перед ней. При достаточном количестве сеансов психотерапии прогноз благоприятный, ребенок переходит на второй этап работы, когда достигается доверие между ребенком и взрослым.

3. Оральный характер игры после 3 лет не встречается как основной (даже у детей с ранним детским аутизмом). У исследуемых нами детей его не было.

Из суггестивных методов широко применялся метод терапевтической метафоры, прямая и непрямая суггестия.

ПОСТРОЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ON PLANNING PSYCHOTHERAPEUTIC MEASURES

Nurlygayanova L.R., Alyangina S.U., Klich T.Y., Semenova G.V. , Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Психокоррекционные лечения ПСР мероприятия строились по следующим сочетавшимся друг с другом направлениям:

Преодоление реально привычных и нормативных представлений о мире, о себе, здоровье, болезни и смерти посредством расширения границ нормативности, «расшатывания» привычных стереотипов в игровой реальности. Используются такие игровые процедуры, как исследование и разыгрывание мотивов («Герой–антигерой», «Радуга после дождя»), игрушечная социодрама со сказками («Мальчик с пальчик», «Русалочка», «Карлсон, который живет на крыше» и др.)

Стимуляция процессов осознания и рефлексии, развитие самосознания подростка через погружение в опыт самоисследования, дифференциацию ощущений, чувств, переживаний.

Игрушки являются помощниками в работе с сублимностями и частями «Я», чувствами, «образом тела», построением временной перспективы («Моя сказка», «Внутренняя жизнь моей болезни» и др.).

Подкрепление процесса половой идентификации и начала индивидуализации (К.Г. Юнг) посредством разыгрывания фрагментов индивидуальных классических мифов («Василиса прекрасная», «Илья Муромец» и др.)

Сопровождение развития взаимоотношений с окружающими и коррекция неадекватных способов взаимодействия. Коррекция взаимоотношений со сверстниками и взрослыми.

Отдельное место в коррекционной работе занимает работа с семьей. В настоящее время в мире существует множество направлений семейной терапии, мы используем следующие: структурная семейная терапия, семейная терапия направленная на развитие личности, стратегическая семейная терапия, миланская модель семейной терапии.

Работа построена на комбинациях этих форм. Отсюда вытекают направления терапевтической работы:

-выявление защитных форм общения в семье;

-создание атмосферы доверия и поддержки в семье.

Власть заключается в правилах, но так как их изменения нарушают стабильность семьи, то любая попытка что-то изменить блокируется.

Таким образом, каждый из подходов гармонично дополняет друг друга. Выбор тактики терапии в каждом случае индивидуален.

АЛГОРИТМ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПСР

Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

MEDICAL HELP ALGORITHM FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Nurlygayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Изучение анамнеза детей с ПСР показало, что у этих детей уже в младенческом и раннем детском возрасте были вегетативные дисфункции. В дошкольном возрасте вегетативные дисфункции закреплялись и протекали как состояния или как соматические заболевания.

Проведенное исследование позволило обосновать так же методы дифференцированной терапии и профилактики ПСР у детей.

К ним относится рациональное ведение беременности и родов, грудное вскармливание, своевременное наблюдение новорожденных неврологом, соблюдение режима дня для соматически ослабленных детей, правильное питание, закаливание детей, адекватнее требования родителей с учетом возможностей ребенка.

Было выявлено, что детям с множественными соматическими жалобами без четких клинических проявлений соматических заболеваний необходима консультация узких специалистов (невропатолога, психотерапевта) для исключения психосоматических расстройств и последующего лечения. Наблюдение и лечение таких детей должно быть комплексным, согласованным педиатром совместно с психотерапевтом и узкими специалистами. Медицинское обеспечение детей с психосоматическими расстройствами необходимо проводить поэтапно: первый этап – диагностический, второй – медикаментозной терапии и психокоррекционных мероприятий, третий этап – продолжение психокоррекции. В амбулаторно-поликлинических условиях целесообразно выделять группу риска по развитию психосоматических расстройств, что позволит своевременно направить детей на консультацию к узким специалистам.

Психокоррекционный компонент терапии должен быть обязателен.

Семейная терапия как способ воздействия на одно из патогенетических звеньев развития у детей психосоматических расстройств необходима в системе терапевтических и профилактических мероприятий у часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями.

Мы считаем, что своевременно проведенная психокоррекционная работа с детьми и родителями позволит увеличить количество моделей поведения у ребенка при выходе из стресса, тем самым изменит привычную модель поведения.

ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПСР

Нурлыгаянова Л.Р., Алянгина С.У., Клих Т.Ю., Семенова Г.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

THERAPY FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Nurlygayanova L.R., Alyangina S.U., Klikh T.Y., Semenova G.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

В терапии неврозов с ПСР из психокоррекционных методов были использованы индивидуальная, групповая, партнерская, поведенческая и семейная терапия. Основными психотерапевтическими методами являлись терапия через игру (игровая) и арт-терапия. Эффективно использовался гипноз.

Сказки, детские стихи, песни, помогают в простой форме донести до ребенка необходимую информацию, сформировать его нравственную позицию, дать необходимые навыки и модели поведения. Родителям рекомендовались семейные чтения, обсуждение прочитанного, просмотренного того, что оказало впечатление в течение дня, недели.

Если в структуре заболеваний имелись психопатологические симптомы и синдромы (тревога, депрессия), использовались психотропные препараты.

При соматических расстройствах дозы должны были умеренными. Для избежания «зашторивания» симптоматики лечебного эффекта. Длительность курса составляет 4–6 недель. При астенических состояниях с выраженной раздражительностью применялись транквилизаторы, смягчающие эмоциональную возбудимость и аффективную насыщенность переживаний.

В комплексной терапии неврозов использовались ноотропные средства (пирацетам, пиридитол, пантогам, фенибут), которые нормализуют метаболизм ВЦНС, оказывают благотворное влияние на мышление, память, внимание, являются хорошими адаптогенами.

Применялись психотропные препараты растительного происхождения седативного и стимулирующего действий.

Препараты седативного спектра (валериана, пустырник, боярышник, хмель, пион, пассифлора, вереск, душица) были больше показаны при состояниях раздражительности и нарушениях сна. Травы со стимулирующим эффектом назначались при выраженных астенических и анергических состояниях (настойка лимонника, женьшеня, экстракты элеутерококка, родиолы розовой).

Хорошо зарекомендовали себя в клинике левзея, аралия, заманиха, зверобой продырявленный, относящиеся к группе фитоантидепрессантов, а также препараты, включающие растительное средство (деприм, ново-пассит). Они эффективны при таких гипотимических проявлениях, как подавленность, тревожность, нарушение сна.

Соматические расстройства у детей лечились узкими специалистами. Терапевтический эффект от лечения неврозов с ПСР наблюдался у всех больных, причем у 65 (63,7%) больных было отмечено выздоровление, у остальных улучшение.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Овчинникова Е.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR

Ovchinnikova E.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Самоубийства в Российской Федерации являются важной социальной проблемой национального масштаба. Уровень самоубийств в стране остаётся одним из самых высоких в мире. В 2013 году суицид оказался причиной 28 779 из 1 871 809 (1,54 %) смертей в России. По данным ВОЗ, в 2013—2014 в России на 100 тысяч жителей приходилось 19,5 случаев самоубийства. В 2007 году около 22 % всех самоубийств было совершено людьми в возрасте 40—49 лет. Мужчины сводят счёты с жизнью почти в шесть раз чаще, чем женщины. Наибольшая склонность к суициду в России отмечается у коренного населения Удмуртии, Коми, Марий Эл. У северных народов до сих пор сильны языческие корни. По результатам социологических опросов, в этих регионах добровольный уход из жизни воспринимается не как грех, что свойственно христианской традиции, а как поступок, достойный уважения.

Методы психосоциальной профилактики самоубийств:

Выслушивание – это самый первый и самый главный метод. Цель выслушивания состоит в том, чтобы человек, во-первых, высказался и тем самым облегчил восприятие возникшей у него проблемы и улучшил свое состояние; во-вторых, сам нашел альтернативное решение своих проблем. Метод банализации. Человек обычно склонен думать, что его проблемы – это нечто совершенно исключительное. Если просто указать ему, что у многих людей возникают такие же мысли, однако они не думают реализовывать их в действительности, то человек успокаивается.

Эстетический метод. Очень действенный способ воздействия на красивых ухоженных женщин, следящих за своим внешним видом. Нужно рассказать им, как они будут выглядеть в случае совершения того или иного варианта самоубийстве.

Напоминание о детях и родителях. Покончить с собой в принципе может каждый. Но нужно помнить и о своих детях и родных. Как они смогут после этого адаптироваться в социуме.

Обесценивание ситуации в масштабах жизни. Предложите посмотреть на происходящее из будущего. Человек, возможно, и сам увидит незначимость своих проблем в настоящем времени.

Метод взвешивания, когда специалист признает, что клиент постоянно сталкивается с трудностями, но при этом предлагает ему сравнить все негативное, что с ним произошло и происходит, с позитивным опытом из прошлого.

В методе контрастирования можно сравнить положение клиента с тем, что происходит у других людей. У многих все гораздо хуже, однако, никто из них не собирается кончать жизнь самоубийством.

Провокативный метод заключается в том, чтобы постараться заставить клиента оправдываться, что он не такой, как о нем думают.

При профилактической деятельности специалист должен отличать истинное суицидальное поведение от сходных вариантов самопожертвований и демонстративно-шантажных попыток, цель которых – не лишиться себя жизни, а только продемонстрировать это намерение. Причем, следует учитывать тот факт, что нередко такая демонстрация заканчивается смертью из-за неучета ряда обстоятельств.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Овчинникова Е.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

TREATMENT OF DEPRESSIONS IN ELDERLY PATIENTS

Ovchinnikova E.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Депрессия и суициды среди пожилых членов общества являются серьезнейшей проблемой здравоохранения. Распространенность большой депрессии находится в диапазоне от 1.6% до 6%, а депрессивные симптомы встречаются у 7%–13% людей пенсионного возраста. Депрессию обязательно нужно выявлять и лечить, особенно у пожилых, т.к. эта психопатология сильно повышает риск смертности и неблагоприятных исходов соматических заболеваний. Следует иметь в виду, что манифестация депрессии у пожилых существенно отличается от проявлений этой психопатологии у молодых пациентов. Первые чаще отрицают наличие у них пониженного настроения, поскольку, в основном, фиксированы на своих соматических симптомах и жалобах на снижение памяти. Этот контингент больных значительно реже остальных обращается за помощью к психиатрам и объясняет свое состояние нарушениями в психической сфере.

Не менее 70% престарелых пациентов страдают выраженными в той или иной степени когнитивными нарушениями в виде ухудшения памяти, внимания, восприятия новой информации. Когнитивный дефицит, таким образом, является непременной характеристикой депрессии и должен приниматься во внимание врачами при выборе препарата. Антидепрессанты, даже обладающие сходной эффективностью, различаются по профилю переносимости и поведенческой токсичности. Некоторые из них еще больше угнетают когнитивную сферу, вызывая повышенную утомляемость, снижение памяти и спутанность сознания. Антидепрессанты, обладающие антихолинергическим эффектом, усиливают уже имеющиеся у пожилого пациента когнитивные расстройства, а это, в свою очередь, затрудняет терапию депрессии. В группе СИОЗС-антидепрессантов флувоксамин обладает наименьшей способностью связывать холинергические рецепторы, а пароксетин – наибольшей.

Центральные гистаминовые H1-рецепторы участвуют в регуляции уровня бодрости. Поэтому препараты, отличающиеся высоким сродством с этими рецепторами и антигистаминным эффектом, вызывают седацию. Это, прежде всего, относится к трициклическим антидепрессантам (ТЦА), таким как amitриптилин. В отличие от них антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) обладают низким сродством с H1-рецепторами.

Блокада альфа-1-адренорецепторов оказывает влияние на равновесие и координацию. ТЦА по сравнению с СИОЗС лучше связываются с альфа-1-адренорецепторами и могут вызвать нарушения равновесия, координации движений, постуральных рефлексов и скорости реакции. У пожилых пациентов, получающих ТЦА, таким образом, существенным образом повышен риск падений, переломов и связанных с ними нарушений травматического генеза. Что касается СИОЗС, то среди всех антидепрессантов этой группы наименьшим сродством с альфа-1-адренорецепторами обладает флувоксамин.

Седация и нарушения координации на фоне ТЦА, излишнее возбуждение, вызываемое сертралином и пароксетином, особенно негативно сказываются на терапии депрессии в пожилом возрасте. Врачам нужно назначать препараты, которые обладают наименьшей поведенческой токсичностью.

Если ТЦА нарушают способность обработки когнитивной информации, то некоторые СИОЗС, в частности, пароксетин и сертралин вызывают излишнее возбуждение. Это приводит к таким расстройствам сна, как частые пробуждения, подавление фазы быстрых движений глаз, трудности с засыпанием. Флувоксамин в клинических испытаниях улучшает качество сна, и обладает выраженным противотревожным и успокаивающим эффектом. СИОЗС – препараты выбора для лечения депрессий в пожилом возрасте среди остальных антидепрессантов.

ВОЗМОЖНОСТИ МОДАЛЬНОСТИ ДМО-ПОДХОД В ЭКСПРЕСС-ПОМОЩИ ОНКОПАЦИЕНТАМ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОЙСТВА НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ МОЗГА

Огаркова (Дубинская) Ю.Л., PhD (inPsychology), к.ф.-м.н., НОЧУ ДО Московский институт психоанализа, доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования, Москва, Россия

Бусурина О. Н., ООО «Клиника Новая Медицина», психолог, г.Орехово-Зуево, Московская область, Россия

DMO APPROACH IN EXPRESS HELP TO ONCOLOGICAL PATIENTS AND PREVENTION OF PROFESSIONAL BURN-OUT

Ogarkova (Dubinskaya) Y.I., Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia.

Busurina O.N., Clinic "Klinika Novaya Meditsina", Moscow, Russia.

Терапия онкологических пациентов связана традиционно с рядом психологических проблем. Во-первых, на разных этапах заболевания пациенты сталкиваются с физическими и психологическими страданиями, которые оказывается невозможным преодолеть без квалифицированной помощи, а часто, в среде, которая сама по себе является психотравмирующей. Неоднократно были зарегистрированы случаи суицида среди пациентов. Во-вторых, врачи, медицинский персонал, регулярно взаимодействующие с пациентом, оказываются в ситуации, когда испытывают нехватку информации о способах коммуникации с пациентами, оказавшимися перед лицом тяжелого заболевания. При этом страдают, как пациенты, отмечая отчужденность, иногда грубость, безучастность по отношению к себе, так и сами медицинские работники, которые не знают, что необходимо делать при контакте с подобным пациентом, как оградить себя от страхов и чрезмерной включенности в его страдания. Часто отчужденность, избегание выбираются бессознательно как единственный доступный механизм психологической защиты. В-третьих, специалисты, работающие с онкопациентами оказываются в ситуации с высоким риском профессионального выгорания (по статистике у врачей-онкологов – до 80%, у медицинских сестер – до 35%).

Для решения обозначенных задач необходимо подключить методы психотерапии, сообразуясь с особенностями клинического поля работы. В данных условиях, методы, ориентированные на длительную психотерапевтическую работу оказываются малоприменимыми, в силу:

у пациента – 1) недостаточной мотивации, 2) ограниченного срока жизни;

у медицинского работника – 1) отсутствия времени на обучение и самопомощь, 2) возникающей как симптом профессионального выгорания, убежденности в том, что он справится сам, никакая психологическая поддержка не нужна.

Наиболее конкурентноспособными здесь оказываются краткосрочные методы помощи, основанные на научных разработках, прошедшие экспертизу и признанные научным сообществом, которым можно сравнительно легко обучиться и применять в работе с собой или пациентом. Модальностью ДМО-подход ОППЛ разработаны и реализуются, в том числе, онлайн, краткосрочные и долгосрочные обучающие программы для врачей пр. специалистов помогающих профессий, работающих с т.н. сложными пациентами – онкобольные, химически зависимые, направленные на решение двух основных задач: 1) обучение специалистов методам экспресс-психологической помощи пациентам 2) обучение специалистов техникам профилактики и самопомощи при борьбе с профессиональным выгоранием.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Пермякова О.А., Махмутова А.А., Лактионова Е.А., Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

LEVELS OF EMOTIONAL BURN-OUT IN CITY HOSPITAL DOCTORS

Permiakova O.A., Makhmutova A.A., Laktionova E.A., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

В настоящее время много нареканий в адрес медицинских работников. Врачей упрекают в черствости, бездушии, невнимательном отношении к пациентам. Врач должен быть всегда веселым, здоровым, доброжелательным, высококвалифицированным и т.д. И только в последние годы стали поднимать проблему эмоционального выгорания медицинских работников. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) может приводить к серьезным медицинским (развитие депрессии, зависимости от психоактивных веществ) и социальным последствиям (снижение качества работы, уход из специальности, рост числа профессиональных ошибок). Актуальным является выявление структуры, причин возникновения СЭВ и путей оптимизации профессиональной деятельности медицинских работников с целью его профилактики.

Нами было проведено исследование врачей одной из клиник г. Уфы на предмет выявления синдрома эмоционального выгорания и факторов, способствующих его формированию. Использовали опросник на выгорание (MBI) К. Маслач и С. Джексона, адаптированный Н. Водопьяновой и Е. Старченковой, и составленную нами анкету, включающую 15 вопросов. Исследование было сплошным, анонимным, протестировано 100 человек. Статистический анализ данных осуществлялся по статистическим методам описательной и индуктивной статистики. Из них 60 (60%) женщин и 40 (40%) мужчин. Средний возраст испытуемых составил 41,7 лет.

Средний балл по шкале «эмоциональное истощение» составил 16,21 баллов (разброс от 4 до 33), по шкале «деперсонализация» - 11,55 баллов (разброс от 0 до 29), по шкале «редукция профессионализма» - 21,2 балла (разброс от 11 до 41).

Высокий уровень (более 25 баллов) по шкале «эмоциональное истощение» выявлен у 13 человек, средний (16-24 балла) у 37% и низкий (0-15 баллов) у 50% врачей. По шкале «деперсонализация» высокий уровень (11 и больше баллов) у 49%, средний (6-10 баллов) у 34% и низкий (0-5 баллов) у 17% опрошенных. По шкале «редукция профессионализма» высокий уровень (30 и меньше баллов) у 25%, средний (31-36 баллов) у 74% и низкий (37 и больше баллов) у 1% врачей. У 3 (3%) респондентов отмечался высокий уровень показателей по всем трем шкалам. У мужчин средний показатель «эмоционального истощения» составил 14,1 балла (низкий уровень), у женщин 17,1% (средний), «деперсонализация» соответственно 12,1 и 11,2 балла (высокий уровень). Более высокий уровень СЭВ у женщин может быть связан с большей вовлеченностью и эмпатичностью женщин. У врачей стационара и поликлиники показатели существенно не отличались. Выше показатель «эмоционального истощения» у врачей со стажем от 20 до 30 лет, «деперсонализация» со стажем до 5 лет. У работающих на 1,5 ставки выше показатель по шкале «деперсонализация» (13,35 балла) по сравнению с теми, кто работает на 1 ставку (10,92 балла), другие показатели не отличаются. Не выявлено существенного различия показателей шкал СЭВ в зависимости от физической активности, способах проведения отпуска и свободного времени.

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей городской больницы. Однако сложный характер этого синдрома, многообразие его проявлений и причин требует дальнейшего исследования этой проблемы, поиска факторов, его усугубляющих или, напротив, помогающих адаптации личности врача. Что, в конечном счете, ведет к улучшению качества оказания медицинской помощи и профилактике заболеваемости среди медицинских работников.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ОСУЖДЕННЫХ

Пронина М.Ю., Яхин М.И., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME IN CONVICTS

Pronina M.Y., Yakhin M.I., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является чрезвычайно распространенной психопатологией у осужденных мужчин: от 24 до 67% осужденных мужчин страдали СДВГ в детском возрасте (Gudjonsson, 2009) и от 10 до 60% имели его признаки на момент обследования (Ghanizadeh, 2011).

Особенностями психики лиц с СДВГ являются импульсивное реагирование, особый «дезорганизованный» стиль поведения, аффективная неустойчивость и низкая толерантность к фрустрации. По некоторым данным среди осужденных с СДВГ наблюдается повышенный уровень критических инцидентов даже по сравнению с осужденными с асоциальной психопатией.

Психотерапия лиц с СДВГ преследует цель сформировать у пациента адаптивные поведенческие стратегии, повысить уровень самоконтроля и предотвратить асоциальное поведение. Последние исследования показали эффективность когнитивно-поведенческой модальности в лечении взрослых пациентов с СДВГ.

Модель СДВГ в рамках когнитивно-поведенческого подхода признает ведущую роль нейropsychологических механизмов в развитии и поддержании данного заболевания. Дефицит внимания, самоконтроля и целевой мотивации создает условия для дезадаптивного поведения, нарушения самоорганизации и планирования, ограничивает возможности поиска и применения адекватных компенсаторных стратегий и коупинг-механизмов, что приводит к дальнейшим нарушениям социального функционирования индивида. В свою очередь, такие нарушения, присутствующие с детства, делают пациента

с СДВГ подверженным постоянным неудачам и формируют негативный личный опыт. Кроме того, пациент с детства часто получает негативную обратную связь от родителей, учителей, сверстников. Этот опыт ведет к развитию дезадаптивных негативных когнитивных (мыслей) и убеждений, которые снижают мотивацию к достижениям и способствуют избегающему поведению и эмоциональным колебаниям. Так замыкается «порочный круг», усугубляя трудности пациента в социальной адаптации.

Исходя из данных представлений и опыта зарубежных коллег, тренинг компенсаторных поведенческих навыков и, в особенности, их закрепление и сохранение, являются ключевыми моментами когнитивно-поведенческой терапии СДВГ. Учитывая особенности восприятия лиц с СДВГ, в обучении важна конкретность, четкость и неоднократное повторение. Помогая пациенту развивать компенсаторные стратегии, можно ожидать улучшения его социального функционирования. Когнитивные интервенции также помогают исправить дисфункциональные мысли и связанные с ними эмоции, способствующие избеганию, прокрастинации (откладывания дел) и отвлекаемости. Когнитивно-поведенческая терапия поможет разорвать связь между ключевой нейропсихологической патологией и нарушениями когнитивной и поведенческой сферы.

О РАБОТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Пурик В. В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHOTHERAPY OFFICE FUNCTIONING

Purik V.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Консультативно-диагностическое отделение № 1 РКПЦ оказывает специализированную консультативную, диагностическую, психологическую и психотерапевтическую помощь жителям республики, страдающим пограничными нервно-психическими расстройствами.

В 2016 году из первично принятых в психотерапевтическом кабинете КДО больных 71,6% составляли женщины, мужчин было 28,4%. Люди молодого возраста (до 25 лет) составили 12,1%. Лиц старше 60 было 13,4%.

Из всех обратившихся за психотерапевтической помощью 66,9% были жителями города Уфы, 17,4% приехало из сельских районов, 13,8% из других городов республики, 1,9% из других областей РФ. Работающие составили 49,0%, не имеющие работы 27,1%, пенсионеры 17,3%, студенты, учащиеся 6,6%.

Из всех первичных больных 67% страдали невротическими расстройствами, 16,3% органическими психическими расстройствами не психотического уровня, 4,8% аффективными расстройствами, 1,3% шизофренией, 1,5% другими расстройствами. Обратились за консультативной помощью по поводу психологических проблем, проблем с близкими людьми, семейных отношений – 9,1%.

Из невротических расстройств 63,1% составили тревожные расстройства, в том числе 35,4% смешанные тревожные и депрессивные расстройства (F41.2); 18,7% реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации; 8,1% соматоформные расстройства; 6,2% неврастения; 2,4% обсессивно-компульсивные расстройства; 1,5% поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями.

Опыт амбулаторной работы в психотерапевтическом кабинете РКПЦ показывает, что основная часть пациентов настроена (помимо чисто консультативной и медикаментозной помощи) на краткосрочные (3–5–10 сеансов) психотерапевтические методики в рамках когнитивно-поведенческой терапии, позволяющие за относительно короткий срок получить положительную динамику в их психическом состоянии.

О ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Пурик В.В., Бухаров Ф.Ф., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN SOMATIC HOSPITALS

Purik V.V., Bukharov F.F., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Самоубийства во всем мире становятся все более актуальной проблемой. Количество самоубийств во всем цивилизованном мире имеет тенденцию к росту. Самоубийства находятся в ряду первых четырех причин смертности трудоспособного населения. Покушение на самоубийство зачастую влечет за собой необратимые нарушения здоровья, инвалидизацию, оно приводит к временной или постоянной утрате трудоспособности.

Как показывают результаты исследований, большую часть покушавшихся на свою жизнь составляют практически здоровые в психическом плане люди, переживающие психологический кризис, а так же лица с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Риск суицида является высоким у людей с недавно выявленной хронической прогрессирующей болезнью, например, онкозаболеванием, рассеянным склерозом или СПИДом. Частота суицидов у этих больных, вынужденных постоянно приспосабливаться к неблагоприятным изменениям в состоянии своего здоровья, в десятки раз превышает популяционный уровень. Общеизвестно значительное преобладание суицидальных попыток у женщин, а завершенных самоубийств у мужчин.

Люди с суицидальными намерениями не избегают, а наоборот, часто стремятся к помощи и консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70% консультируются врачами общего профиля за месяц до совершения суицида, а 30% – в течении последней недели до совершения фатального поступка.

Особого внимания требуют к себе лица ранее уже совершавшие суицидальные попытки. Однажды "переступив через психологический порог", суицидент с большей вероятностью будет вести себя аналогичным образом при повторных кризисных состояниях – "В следующий раз я сделаю это лучше". Надо всегда помнить, что принятию конкретного решения о самоубийстве почти всегда способствует дополнительная, часто незначительная для окружающих, психотравма – "последняя капля", не обязательно совпадающая по своему содержанию с основным конфликтом.

Работая с возможным суицидентом необходимо его убедить в том: 1) что тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в данный момент, является временным и обязательно купируется в процессе лечения; 2) что другие люди в аналогичных ситуациях чувствовали себя так же тяжело, а затем их состояние улучшилось; 3) что жизнь пациента нужна его родным, близким, друзьям; 4) что пациент имеет право распоряжаться собственной жизнью, но решение вопроса об уходе из жизни ввиду его значимости, лучше отложить на несколько дней или недель, "спокойно все обдумать". Следует особо отметить, что подчеркивание права пациента на собственную жизнь повышает его ответственность за свое поведение, поднимает самооценку, при этом аутоагрессивные переживания уменьшаются.

Врачу необходимо так же понять, какой личностный смысл вкладывает пациент в планируемый суицид, как он хочет использовать свою предполагаемую смерть, что он стремится сообщить окружающим и какое воздействие на них оказать. Установив значение суицида для самого пациента, врачу нужно проанализировать его значение совместно с ним, раскрыть неприемлемость суицидального поведения и разработать альтернативную деятельность. Существует точка зрения, что врач проявляя внимание и сочувствие к пациенту; т.е. формируя с ним эмпатические отношения, уже одним этим купирует суицидальные намерения и усиливает его желание жить. Сведения обо всех проявлениях суицидального поведения больного, находящегося на стационарном лечении, врач и медсестра должны зафиксировать в медицинской документации с указанием времени, характера, продолжительности психических расстройств, повысить внимание к пациенту, организовать наблюдение и надзор, постараться успокоить больного, вызвать его родных и близких. Следует срочно организовать консультацию врача-психиатра, психотерапевта для решения вопроса тактики дальнейшего лечения, и перевода больного по профилю. Основным плюсом в организации помощи суицидентам нам видится в преимуществах оказания помощи лицам, пытавшимся покончить жизнь самоубийством. Особенно актуальна и важна связь между такими звеньями цепи, как "Телефон доверия", кризисный стационар, отделение острых отравлений, которые позволяют с успешностью предотвращать многие самоубийства.

ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ КРИМИНАЛЬНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ, ОСУЖДЕННЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ В СЛЕДСТВЕННОМ ИЗОЛЯТОРЕ

Рафикова М. Ф. психолог психологической лаборатории Федерального казенного учреждения Следственный изолятор №2 Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний по Челябинской области, старший лейтенант внутренней службы. Россия, г. Магнитогорск.

PREVENTION OF SPREADING CRIMINAL SUBCULTURE AMONG JUVENILE SUSPECTS, CONVICTS AND CRIMINALS

Rafikova M.F., psychologist, Magnitogorsk, Russia.

В связи с важностью сохранения здоровья нации, необходимостью государственной поддержки детей, оказавшихся в непростой жизненной ситуации, и профилактикой дальнейшего деструктивного формирования личности, психологическая лаборатория ФКУ СИЗО-2 ГУФСИН России по Челябинской области совместно с психологической службой ГУФСИН России по Челябинской области организовала разработку и апробирование комплексной программы профилактики криминальной зараженности в среде несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных в условиях изоляции и подверженных влиянию криминальной субкультуры.

Криминальная субкультура представляет собой систему искаженных ценностных ориентаций правонарушителей, объединенных в относительно обособленную среду, соответственно включает в себя группу неформальных норм (традиций, обычаев, ритуалов, правил), регулирующих поведение представителей этой среды и также находит отражение во внешних атрибутах преступного мира (в уголовном жаргоне, песнях, стихах, татуировках, кличках и т.п.). Анализ освоения несовершеннолетними атрибутики криминальной и деструктивных молодежных субкультур показывает, что первичное «заражение» у многих из них происходило еще до попадания в места лишения свободы. Это является следствием дефектов семейного и школьного воспитания, а также воздействия на подростков со стороны радикальных молодежных группировок и представителей криминального сообщества.

Мы предполагаем, что существует связь между приверженностью нормам криминальной субкультуры и личностными особенностями несовершеннолетних, в частности самовосприятием. В ходе исследования установлена высокая прямая корреляционная связь между принятием себя и социальной адаптивностью. Значимые прямые корреляционные связи выявлены между самовосприятием и принятием других людей, а также между самовосприятием и уровнем эмоционального комфорта.

Нами разработана психопрофилактическая программа изменения направленности личности (ее отношения к атрибутам и нормам криминальной субкультуры) и повышения уровня социально-психологической адаптации через расширение области самовосприятия подростков. Эффективность программы доказана в ходе формирующего эксперимента, по результатам

которого у несовершеннолетних обвиняемых повысился уровень основных интегральных показателей социально-психологической адаптации, они стали лучше относиться к себе, развили позитивное отношение к своему настоящему и будущему и более негативно стали оценивать основные проявления криминальной субкультуры.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Ребекина Т.Ю., Чевпелцова Н.Л., Пермякова О.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

QUALITY SATISFACTION AS SOCIAL COMPONENT OF MEDICAL INSTITUTION'S ACTIVITY

Rebekina T.Y., Chevpetsova N.L., Permiakova O.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Резюме: Приведен анализ удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи. Полученные выводы позволят улучшить работу отделения в целом и каждого специалиста в частности.

Актуальность: Удовлетворенность пациентов качеством оказываемых медицинских услуг является важным социальным компонентом деятельности медицинского учреждения. В настоящее время сохраняется тенденция к росту недовольства в обществе медицинским обслуживанием. Чтобы изменить ситуацию, необходимо оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, что требует изучения причин и факторов неудовлетворенности больных.

Цель: Исследование проводилось для оценки эффективности работы консультативно-диагностического отделения №2 Республиканского клинического психотерапевтического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (КДО №2 РКПЦ МЗ РБ).

Методы и материалы: При работе использовался социологический метод, способ опроса-анкетирование. Анкеты были разработаны нами и носили полузакрытый характер (на вопрос имелся готовый перечень ответов с дополнительным меню). По распространенности использовался раздаточный метод, возврат анкет – 100%. Исследование проводилось в КДО №2 РКПЦ МЗ РБ с ноября 2015 года по март 2016 года, опрашивали пациентов или их законных представителей, получавших консультативно-диагностическую и/или психотерапевтическую помощь.

Результаты: Анкеты были разработаны нашими сотрудниками и включали в себя наиболее важные для нашей оценки вопросы: 1. Какова причина Вашего обращения в наше учреждение? 2. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи? 3. Удовлетворены ли Вы приемом у врача (специалиста)? 4. Вежливость и внимательность врача (специалиста). 5. Вежливость и внимательность медицинского регистратора. 6. Объяснение врачом (специалистом) назначенных исследований (консультаций), проведенных исследований (консультаций) и назначенного лечения. 7. Пришлось ли вам преодолеть трудности организационного плана (сложно записаться на прием, очередь в регистратуре, очередь на прием)? В ходе опроса бланки претерпели некоторые изменения: изначально мы использовали шкалу обратного вида (плохо, удовлетворительно, хорошо, отлично). А затем поменяли её на прямую (отлично, хорошо, удовлетворительно, плохо). При использовании обратных шкал 2% допустили ошибки, а также в 2.5 раза больше пользовались в ответах оценкой «хорошо», чем при использовании прямых шкал.

Всего было опрошено 100 респондентов. По гендерному признаку: 8% мужчин, 92% женщин. Анонимными пожелали остаться 5% респондентов, в их структуре 75% женщин, и 25% мужчин. Только высшие оценки работе отделения поставили 75% опрошенных, из них 9% мужчин и 91% женщин. 1 участник (1%) остался не удовлетворен качеством работы структурного подразделения. Оценку «хорошо» чаще выставляли за разъяснение врача (8% участников), и 8% анкетированных выставили такие же оценки за вежливость персонала и специалистов. Свои пожелания, отзывы и предложения оставили 26% всех участников. Все записи носят положительный характер, и отражают благодарность, и пожелание дальнейшего расширения данной службы в республике.

Выводы: Данное исследование позволило нам оценить работу отделения в целом положительно. В то же время результаты опроса выявили слабые места в оказании медицинской помощи. В частности, стоит больше внимания уделить разъяснению проводимых диагностических и лечебных мероприятий, назначенного лечения и состояния пациентов. Сотрудникам необходимо повысить уровень вежливости в работе. Выводы, полученные нами во время исследования, позволят руководству улучшить качество оказываемых медицинских услуг, и помогут в корректировке работы специалистов и персонала.

ПСИХОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сакаева И.М., Чевпелцова Н.Л., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHOTHERAPY FOR CHILDREN AND TEENAGERS WITH MENTAL AND NEUROTIC DISORDERS

Sakeeva I.M., Chevpetsova N.L., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Психологи психотерапевтического центра в работе с детьми и подростками считают, что психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени, и тем быстрее, чем младше возраст. Поэтому важно, чтобы психическое состояние к моменту окончания психотерапии характеризовало пациента не до болезни, а соответствовало тому уровню развития психики, который сформировался бы к этому времени при сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созревания. В основе нашей помощи лежит «ориентированный подход». В

соответствии с его концепцией разработаны практические методики семейно-групповой лечебно-коррекционной работы, интегрирующие различные приемы гештальттерапии, бихевиорального подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой и коллективной психотерапии.

В отличие от взрослых, решение о начале психотерапии у детей принимается родителями. Нередко симптом у ребенка несет в себе «послание к взрослым» или является средством борьбы с ними, отвоевывая свое место в семье. За 2016 год психологом детского амбулаторного отделения проведено 377 консультаций детей в возрасте от 3 до 15 лет. Все дети осмотрены в присутствии родителей. В 90% случаев была необходимость учитывать и корректировать внутрисемейную ситуацию и социальное окружение (детский сад, школа) ребенка.

Родителям для улучшения психоэмоционального состояния ребенка и семьи, даются основы методов, которые они могут использовать в домашних условиях: внушение, гипноз, самовнушение, игровая терапия.

Известно, что прямое внушение во сне может использовать не только психолог, психотерапевт, но и родитель. При косвенном внушении родителями используются посредники: игры, игрушки, режимные и лечебные моменты, медикаменты. В родительском косвенном послании используется периферический слух. Родительский плацебо-эффект особенно важен при работе с маленькими детьми, которым еще невозможно дать прямые установки.

Гипноз, особенно его мягкие, «недирективные» варианты, которые широко используются в детской практике. Опыт показывает, что гипноз возможен с того времени, когда «ребенок может слушать сказку».

Самовнушение, обращено прежде всего к ресурсам психики, а не к проблеме. Оно возможно у детей с 7–8-летнего возраста, достаточно психомоторно стабильных и мотивированных на лечение.

Игровая психотерапия опирается на основные функции детской игры. Она позволяет посредством символизации и механизма фантазийного «исполнения желаний» отреагировать и разрешить внутриличностные конфликты, подчинить себе ситуацию, в которой ребенок в реальности чувствует себя бессильным, отделить себя от матери или человека, ее заменяющего, усвоить необходимые социальные навыки.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ИЗУЧЕНИИ АДАПТИВНОГО ЭФФЕКТА ГИПНОЗА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И ТРЕВОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Срывкова К.А., м.н.с., Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

VARIABILITY OF HEART RHYTHM IN STUDYING ADAPTIVE EFFECTS OF HYPNOSIS IN HEALTHY VOLUNTEERS AND PATIENTS WITH ANXIETY

Sryvkova K.A., Moscow research institute of psychiatry.

В интегративной теории гипноза и гипнотерапии Р.Д. Тукаева (1996–2015) основным биологическим механизмом гипнотерапии признана стрессорная реадaptация. Цель данной работы – исследование процесса гипногенной реадaptации при терапии тревожных расстройств методом анализа вариабельности ритма сердца (ВРС).

Методика: Тридцать три пациента с тревожными расстройствами (десять пациентов с паническим расстройством, двадцать три пациента с генерализованным тревожным расстройством) с полной ремиссией после курса гипнотерапии были включены в исследование. У этих пациентов регистрировалась ВРС на первой и последней сессиях гипнотерапии до и после сеанса гипноза. Тридцать здоровых добровольцев были включены в контрольную группу.

Результаты: Изначально не было статистически значимых различий в ВРС между основной и контрольной группами. Однако, реакция на первую сессию гипнотерапии было более выражена в группе здоровых добровольцев (снижение частоты сердечных сокращений, увеличение общей вариабельности ритма сердца, усиление парасимпатической активности). В группе тревожных пациентов после курса гипнотерапии наблюдалось снижение избыточной активности надсегментных эрготропных систем, отражающее реадaptивную реструктуризацию ВНС. Реакция основной группы на последнюю сессию гипнотерапии сравнима с реакцией контрольной группы на первую сессию.

Обсуждение: Выявленная динамика ВРС свидетельствует, что гипноз активизирует эустрессовые системы организма. Несмотря на то, что в контрольной группе не наблюдалось клинических проявлений, у здоровых добровольцев было напряжение в функционировании ВНС, которое снизилось после сессии гипнотерапии. Для группы тревожных пациентов потребовалось больше времени для усиления адаптивного потенциала и стрессоустойчивости ВНС.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР) У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

Тарасова Е. В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH BLOOD DISEASES

Tarasova E.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Различные аспекты ПТСР обычно изучались на контингенте лиц, подвергающихся травматическому (т.е. экстраординарному) стрессу. К ним относятся комбатанты, работники полиции, спасатели и пожарные, врачи скорой помощи, а также пострадавшие в результате стихийных бедствий и техногенных катастроф. Соответственно, в МКБ-10 (раздел V – психические и поведенческие расстройства) были выделены диагностические рубрики, описывающие психические расстройства, возникающие в прямой связи со стрессовыми событиями, в том числе и ПТСР. Как показали

многочисленные исследования, ПТСР характеризуется хроническим, многолетним течением, приводя к личностной деформации, аддиктивному и деструктивному поведению пациентов, серьезно ухудшая качество их жизни и возможности социальной адаптации. Учитывая непосредственную угрозу жизни и инвалидизирующий характер, некоторые заболевания, такие как СПИД или рак, могут оказаться для пациента стрессом экстраординарного характера и причиной ПТСР [2]. Отсюда становится понятным современный интерес многих исследователей к проблеме психогенных стрессовых расстройств у больных онкогематологического профиля. К примеру, распространенность ПТСР у больных с раком других (не кроветворных) систем колеблется от 5% до 35%.

Цель исследования. Цель данного исследования заключалась в изучении распространенности ПТСР у пациентов онкогематологического профиля.

Объект и методы исследования. В исследовании приняли участие 104 пациента, находившихся на стационарном лечении в гематологических отделениях двух больниц г. Уфы в период 2007–2009 гг. В выборку включались все вновь поступавшие больные онкогематологического профиля.

Статистическая обработка данных производилась с использованием программы “SPSS”, версия 20. При этом применялась описательная статистика, t-критерий для независимых выборок, критерий хи-квадрат, критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции (r).

Результаты и обсуждение. В целом клинико-психопатологический анализ показал, что у 50 (48,1%) обследованных пациентов онкогематологического профиля имелись симптомы ПТСР.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки программ, направленных на медикаментозное лечение, психологическую коррекцию и профилактику психогенных психических расстройств у больных онкогематологического профиля.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р., ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

INTERNET ADDICTIONS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Timerbulatov I.F., Yuldashev V.L., Bakirov L.R., Akhmadeev R.R., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Актуальность нашего исследования определяется тем, что изменение структуры психического здоровья в современном мире во многом происходит за счет непсихотических психических расстройств, не имеющих четких клинических форм, которые неоднозначно не могут быть отнесены ни к норме, ни к патологии. Это в полной мере относится к синдрому Интернет-зависимого поведения.

Несмотря на значительное количество работ по социальным, психологическим, клиническим аспектам интернет-зависимого поведения, некоторые важные положения этой сверхсовременной проблемы до сих пор остаются неясными. В частности, недостаточно изучены клинико-психологические проявления Интернет-зависимого поведения у студентов, критерии диагностики, клинические проявления, пути терапии и профилактики.

Цель исследования. Выявление распространенности Интернет-аддикции среди студентов вузов г.Уфы, а также оценка их психоэмоционального восприятия Интернета.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 527 студентов-пользователей интернетом, из них 213 (40%) мужчин и 314 (60%) женщин, средний возраст составил $21,23 \pm 0,8$ лет.

Для исследования нами были выбраны следующие методики:

Для оценки характера, продолжительности, стажа пользования компьютером и Интернетом – было проведено скрининговое обследование студентов анкетно-опросным методом.

Изучение стадий формирования Интернет-зависимости – выполнено по методике скрининговой диагностики компьютерной зависимости Юрьевой и Больбот по балльной системе: до 16 баллов – отсутствие Интернет зависимости; 16-22 балла – стадия увлеченности Интернетом (низкий риск); 23-37 баллов – высокий риск развития Интернет-зависимости; более 38 баллов – наличие Интернет-зависимости.

С помощью методики «Незаконченные предложения» Жичкиной и Щепиловой – оценено психоэмоциональное восприятие Интернета.

Исследование проводилось с использованием дистанционных технологий, путем анонимного анкетирования. Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010.

Результаты. В результате проведенных исследований были сформированы две группы – контрольная и группа наблюдения. Критериями включения студентов в группу наблюдения служили: стаж пользования Интернетом не менее 8 лет; ежедневное время пребывания в Интернете не менее 6 часов в сутки; низкая социальная активность вне учебы; более 38 баллов по методике Юрьевой. В данную группу вошел 201 респондент. Критерии формирования контрольной группы студенты с рациональным использованием сети Интернет: проводимое в Интернете время не более 3 часов в сутки; высокая социальная активность; менее 15 баллов по шкале Интернет-зависимости Юрьевой. В данную группу вошли 326 респондентов.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ В СВЕТЕ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

И.Ф. Тимербулатов^{1,2}(д.м.н.), Е.М. Евтушенко^{1,2}, В.Л.Юлдашев³ (д.м.н., профессор), М.Ф. Тимербулатова^{1,2}

1 ГАУЗ Республиканский клинический центр психотерапии МЗ РБ, Уфа

2 Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

3 Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

SUICIDAL BEHAVIOUR IN STUDENTS IN THE LIGHT OF HELPING PROFESSIONS

Timerbulatov I.F., Yevtushenko E.M., Yuldashev V.L., Timerbulatova M.F.

1 Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

2 Psychotherapy department, State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

3 Psychiatry and narcology department, State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Согласно наиболее распространенному мнению, суицидальная активность детей и подростков формируется и усиливается под действием генетических, медицинских, социально-психологических, педагогических, этнокультуральных, правовых, экономических и многих других факторов. Это определяет мультидисциплинарный характер подростковой суицидологии, что, в свою очередь, напрямую связано с понятием «помогающие профессии».

В феру диагностики, терапии, профилактики подростковых суицидов прямо или косвенно вовлечен широкий круг специалистов самого широкого профиля от медицинских работников и юристов до педагогов, психологов и философов, что связано с чрезвычайной остротой проблемы. Вместе с тем, такой разнородный характер специалистов, занимающихся решением одной проблемы, предполагает необходимость единого центра, координирующего их работу.

Многочисленные данные отечественной и зарубежной литературы, а также наш собственный научно-исследовательский и практический опыт показывают, что наиболее оптимальными центрами, координирующими деятельность «помогающих профессий», являются именно психотерапевтические клиники, представляющие целый комплекс медицинской помощи с одной стороны, и наиболее широкий спектр психологической коррекции – с другой. При этом ключевым моментом является то, что психотерапевтический центр должен быть не простым набором, состоящим из «медицинских услуг» и «психологической помощи», а качественно новой структурой, основанной на строгой координации работы высокопрофессиональных специалистов, представляющих «помогающие профессии» по профилактике, коррекции и терапии аддиктивного и аутоагрессивного поведения у подростков.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

И.Ф. Тимербулатов^{1,2}(д.м.н.), Р.Р.Ахмадеев¹ (д.м.н., профессор). М.Ф. Тимербулатова^{1,2}, Е.М. Евтушенко^{1,2}, В.Л.Юлдашев³ (д.м.н., профессор)

1 ГАУЗ Республиканский клинический центр психотерапии МЗ РБ, Уфа

2 Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

3 Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

PSYCHOPATHOLOGICAL CORRELATES OF INTERNET-ADDICTIVE AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN TEENAGERS

Timerbulatov I.F., Akhmadeev R.R., Timerbulatova M.F., Yevtushenko E.M., Yuldashev V.L.

1 Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

2 Psychotherapy department, State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

3 Psychiatry and narcology department, State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Дальнейший поиск причин и механизмов аутоагрессивного поведения детей и подростков составляет одну из наиболее актуальных проблем, связанных с «помогающими профессиями». Многочисленные эпидемиологические, клинические, патопсихологические данные говорят о росте у подростков аутоагрессивных форм поведения с одной стороны, и увеличении числа Интернет-аддикций – с другой. Наряду с этим, анализ данных литературы показывает явную недооценку воздействия современных информационных технологий на суицидальное поведение детей и подростков.

Проведенные нами исследования демонстрируют целый ряд общих социально-психологических, психопатологических и патопсихологических черт, характерных как для суицидентов-подростков, так и подростков с интернет-зависимым поведением. В качестве наиболее характерных примеров можно привести глубокую эмоциональную отрешенность и закрытость, агрессию, депрессию, безнадежность, и ряд дисфункциональных личностных характеристик – заторможенность и сенситивность, сниженная способность регулировать свои аффекты и негативная самооценка по многим параметрам личности.

Полученные нами данные позволяют полагать, что нерациональное и проблемное использование современных информационных технологий подростками пополняют и усиливают как потенциальные, так и актуальные факторы суицидального риска.

ОТКРЫТОЕ МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРОЦЕССОВ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. РЕАЛИЗУЕМЫЙ ИНИЦИАТИВНЫЙ ПРОЕКТ

Тукаев Р.Д., Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ "ФМИЦПН" Минздрава России, кафедра психотерапии, сексологии и медицинской психологии РМАПО.

EFFICIENCY, PROCESSES AND MECHANISMS OF PSYCHOTHERAPY IN TREATING ANXIETY DISORDERS. INITIATIVE PROJECT

Tukaev R.D., Moscow research institute of psychiatry.

В последнее десятилетие нами разработана и внедрена в практику методика когнитивно-ориентированной психотерапии (КОПТ) тревожных расстройств, ее клиническая эффективность подтверждена в доказательном формате. КОПТ близка позитивному клинико-психологическому, психотерапевтическому подходу, включает эффект «полноты осознания». Методика содержит психообразовательный, когнитивно-каузально-ориентированный компоненты и методику универсальной гипнотерапии. Обучение КОПТ в последние годы прошло более 60 психотерапевтов, клинических психологов в России, около 15 врачей, психологов во Франции.

В связи с потребностью в доказательности оценки эффективности психотерапии в близких практике условиях, нами был доработан и внедрен на базе МНИИП дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой, с необходимым документальным, программно-методическим сопровождением.

Результативность КОПТ у обученных специалистов ряда психотерапевтических центров, наряду с наличием практически ориентированного исследовательского доказательного дизайна, определили запрос на организацию и координацию доказательного мультицентрового исследования эффективности КОПТ и иной психотерапии тревожных расстройств. Реализация запроса поставила задачу методического и идеологического плана – построения открытого мультицентрового сравнительно контролируемого исследования эффективности, процессов и механизмов психотерапии тревожных расстройств, реализуемого в инициативном формате.

Проект стартовал в 2016 году. В нем участвуют: группа системных исследований психотерапии МНИИП (координатор), группа психотерапевтов РПЦ (Уфа), М. Селински (частный психолог, Канада), институт IFPPC-CAMKeys© (Париж), Сорин А.В. – кафедра психологии образования и педагогики факультета психологии МГУ, Мастюгина Е.В. – дневной психотерапевтический стационар ПБ (Ростов-на Дону). Цели и задачи участников проекта концентрируются вокруг обеспечения результативных исследований эффективности психотерапии на основе общей идеологии и методологии, но различаются по степени вовлеченности в общую задачу, – от решения частных вопросов, до полноразмерного участия.

ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОЛОГИИ И ГИПНОТЕРАПИИ

Тукаев Р.Д., Московский НИИ психиатрии - филиал ФГБУ "ФМИЦПН" Минздрава России, кафедра психотерапии, сексологии и медицинской психологии РМАПО.

PROBLEMS AND ACHIEVEMENTS OF RUSSIAN CLINICAL HYPNOLOGY AND HYPNOTHERAPY

Tukaev R.D., Moscow research institute of psychiatry.

Международный (америкоцентричный) опыт развития гипноза 20–21 вв. показал, что оторванная от исследований и теоретического осмысления изначально успешная практика гипноза, обладая потенциалом эксплозивного распространения, ведет к стагнации, преодоление которой возможно лишь при подключении научных исследований гипноза и практик его применения. Примером служит европейская Эриксоновская терапия, не имеющая доказательной верификации своей результативности.

Российские гипнология и гипнотерапия, лидировали в своем развитии в мире до 70-х годов 20 в., сохраняясь и развиваясь исследовательски и методически в конце 20, начале 21 веков, в силу экспансии Западных психотерапии и гипноза, утратили прежнюю значимость в самой России.

Российские гипнология и гипнотерапия представляют естественное продолжение и системное развитие французской школы гипноза. В них развиты: положение о гомологичности гипноза человека и животных; определение гипноза как состояния, сопрягающего феномен гипноза (включая глубину) не только с психическим, но и нейрофизиологическим, нейроэндокринным, соматовегетативным его обеспечением.

В рамках российской гипнологии нами разработаны: интегративная теория гипноза, методики универсальной и проективной гипнотерапии, продолжающие методические традиции отечественной гипнотерапии. На основе гипнотерапии разработана клинически эффективная методика когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств, получены данные доказательной ее эффективности.

Раскрыт мощный адаптационный биологический механизм гипнотерапии. В МНИИП проводятся исследования вегетативных адаптационных механизмов гипноза у здоровых лиц и гипнотерапии при тревожных, аффективных расстройствах. Начаты исследования взаимодействия гипнотерапии и психофармакотерапии в эксперименте на здоровых и в клинике. Проанализированы отечественные данные исследования гипноза животных в контексте их значимости для клинической гипнотерапии.

В актуальной атмосфере евро-атлантической русофобии, частично проецируемой на медицину, психотерапию и гипнотерапию, сохранение, развитие отечественных, научных и методических традиций, достижений в гипнологии и клинической гипнотерапии представляется фундаментальной задачей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК ОСНОВНАЯ ФОРМА ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Файрушина М.Г., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

POPULAR PSYCHOLOGICAL EDUCATION AS THE MAIN FORM OF PREVENTION

Fairushina M.G., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Когда мы говорим о здоровье человека, мы имеем в виду не только его физическое состояние, но и психическое благополучие. С ростом общего напряжения, давления социума на каждого члена современного общества возрастает и необходимость проведения психопрофилактических мероприятий.

Психопрофилактика понимается как область медицинской психологии, задачей которой является предупреждение возникновения психических заболеваний или их перехода в хроническое течение. Одним из основных способов реализации психопрофилактической работы является психологическое просвещение, которое заключается в формировании у населения положительной установки к психологической помощи, деятельности психолога, повышение уровня психологического знания. Ведь зачастую на прием к психологу или психиатру попадает пациент в тяжелом психологическом состоянии или с запущенным течением болезни.

Почему это происходит? Почему человек обращается к специалисту-психологу чаще всего только в критической ситуации, а до этого обращается за советом к друзьям, ходит по экстрасенсам, гадалкам, народным целителям? Думаю, причина именно в недостаточной психологической грамотности населения, непонимании специфики работы психолога, в страхе оказаться клейменным «психически больным». Знания становятся точкой опоры, стартовой площадкой для понимания и конкретных действий.

Психологическое просвещение способствует тому, чтобы психология как наука становилась «открытой» сферой знания для человека, снимает некий мистический занавес, которым долгое время была окутана данная отрасль. Психологическая грамотность является необходимым условием полноценного, здорового и эффективного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности в течение всей жизни и обязательным условием эффективного функционирования общества в целом.

Психологическое просвещение выполняет ряд важных функций: развивающая, активизирующая, инструментальная, профилактическая. Методы реализации психологического просвещения могут быть различны. Возможно просветительская работа как с определенными категориями населения (родители, школьники, пенсионеры), так и с населением в целом (например, через СМИ). Содержание психологического просвещения, соответственно, определяется исходя из специфики, вида и профиля учреждения, где проводится психопрофилактическая работа, уровня общей и психологической культуры информируемого субъекта, а также социальной ситуации.

К сожалению, на данный момент психологическое просвещение является недостаточно разработанным направлением психопрофилактической работы, как в теоретическом (нормативном) плане, так и в практическом плане. Это перспективное поле деятельности психолога-практика.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фионина А.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

DANCE-MOTION THERAPY IN CLINICAL PRACTICE

Fionina A.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Наше тело является продолжением нашей психики. Оно хранит в себе память всей нашей жизни, тех ограничений, которые мы приобрели, и тех возможностей, которые мы можем использовать. У каждого тела есть свой язык. Чаще всего, это очень «тихий» язык – едва заметный наклон головы, редко осознаваемые движения пальцев, небольшие напряжения в плечах или бедрах. Тело – это единственное в нас, что не умеет лгать. Теряя контакт с собственным телом, мы, конечно же, лишаемся большей части себя.

Лечение с помощью танцев впервые было использовано после второй Мировой войны М. Чейз, которая заметила возможность тела выражать чувства и эмоции при лечении и реабилитации ветеранов. Впоследствии многие профессиональные танцоры применяли элементы танцтерапии, основываясь на психоаналитических учениях, и постепенно эти навыки превратились в отдельную специальность.

Танцевально-двигательная терапия (DMT) предлагает людям всех возрастов независимо от способностей пространство для изучения того, что их беспокоит. DMT может проводиться в индивидуальном и групповом формате. Разум и тело взаимосвязаны и зависят друг от друга. Если мы проигнорируем один аспект, мы рискуем нарушить баланс. Терапевт танцевального движения уважает это и работает с тем, что клиент привносит в каждую сессию.

DMT определяется Европейской ассоциацией танцевального движения (EADMT) как «Терапевтическое использование движения для дальнейшей эмоциональной, познавательной, физической, духовной и социальной интеграции личности». Эффективно применение DMT для решения депрессии, тревоги, деструктивного поведения, эмоциональных задержек в учебе, зависимостей, а также в работе с ветеранами войн, людьми, пережившими сексуальное насилие в детстве и насилие в семье, в области аутизма, психического здоровья подростков, лечения слабоумия и расстройств пищевого поведения.

Терапевтическими результатами танцевально-двигательной терапии являются обучение выражению и своих чувств, развитие интегрированного чувства тела, исцеление недостатков развития, управление жизненными проблемами, восстановление после травматических переживаний, работа над проблемами отношений, развитие навыков общения и т.д. Таким образом, уникальность танцевально-двигательной терапии определяется широким спектром показаний, влиянием на формирование гармоничной личности и возможностью применения в разных половозрастных группах с выраженным терапевтическим эффектом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Фионина А.А., Цыганов М.И., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS

Fionina A.A., Tsyganov M.I., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, являются наиболее часто встречающейся патологией среди лиц старше 50 лет и вызывают ощутимое снижение уровня качества жизни таких пациентов.

Целью нашей работы было определение значимости психотерапии в лечении больных с органическими психическими расстройствами.

Нами было исследовано 1100 обращений пациентов, получавших амбулаторное лечение в медико-реабилитационном отделении №2 ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ.

Гипносуггестивная психотерапия позволяет воздействовать на необходимые компоненты состояния и существенно ускоряет наступление положительных результатов лечения.

В процентном соотношении заболеваний по обращаемости в МРО №2 ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ органические психические расстройства занимают первое место по обращаемости и составляют 45,8%, невроты – 28,4%, депрессивные расстройства 25,8%.

Средний возраст испытуемых составил 61,7 лет. Среди пациентов преобладают лица женского пола – 73% по сравнению с лицами мужского пола – 27%.

Основными жалобами пациентов с органическими психическими расстройствами, обратившихся в МРО №2, были тревога (35%); нарушения сна и аппетита (24%); перепады настроения (21%); астеновегетативные нарушения (20%).

Все больные с органическими психическими расстройствами были разбиты на две группы. Первая группа (240 человек) получала медикаментозную терапию, тогда как вторая группа (263 человека) получала кроме того психотерапию: гипносуггестивную, арт-терапию, трансперсональную психотерапию.

Было выявлено значительное различие во временных параметрах улучшения состояния пациентов с органическими психическими расстройствами при применении гипносуггестивной психотерапии: выраженное улучшение отмечалось через 7 дней у 43,4% пациентов, что по сравнению с первой группой, получавшей только медикаментозную терапию (5%) больше в 9,5 раз.

К особенностям лечения пациентов с органическими психическими расстройствами относятся применение адекватно подобранной медикаментозной терапии и психотерапевтических сеансов.

В ходе исследования двух групп пациентов, к одной из которых применялся метод психотерапии, установлено достоверное сокращение временных параметров для улучшения их самочувствия на фоне проводимой медикаментозной терапии.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Хафизова А.Р., Калугина Н.Е., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

SUICIDAL TENDENCIES IN YOUNG PEOPLE

Khafizova A.R., Kalugina N.E., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Суицид – самодеструктивное поведение человека, направленное на намеренное лишение себя жизни, а также отказ от реальных возможностей избежать смерти в критической ситуации. Актуальность темы состоит в том, что в последнее время заметна явная тенденция к «омоложению» суицида.

Самоубийство часто рассматривается как способ выражения гнева, протеста против оскорбления, средством восстановления своей чести. Также самоубийство является свидетельством о возрастающей разобщенности людей.

Нами было проведено исследование по выявлению уровня тревожности и подверженности к суицидам студентов средних и высших медицинских заведений в возрасте от 18 до 20 лет. Первая группа – студенты 3-го курса Уфимского медицинского колледжа, вторая группа – студенты 2-го курса Башкирского государственного медицинского университета.

В ходе работы использовались следующие методики исследования: 1 – «Шкала самооценки тревоги» Шихана; 2 – анкета «Причины позволяющие человеку распорядится собственной жизнью»; 3 – анкета «Оценка способностей человека справляться с жизненными трудностями и неприятностями. Сохранение душевного равновесия»; 4 – шкала Цунга для самооценки депрессии; 5 – проективная методика «Ваши суицидальные наклонности».

«Шкала самооценки тревоги» Шихана показала, что в первой группе респондентов уровень тревоги ниже, чем во второй. Кроме того, в последней группе имеются лица с очень высоким показателем тревоги.

Результаты анкеты «Причины позволяющие человеку распорядится собственной жизнью» свидетельствуют об адекватности взглядов на жизнь обеих групп студентов, так как самым популярным является ответ «никакие».

Из данных анкеты «Оценка способностей человека справляться с жизненными трудностями и неприятностями. Сохранение душевного равновесия» очевидно, что большая часть респондентов первой группы, «не придает особого внимания неприятностям», а вторая группа «учитывает обстоятельства». Выявлено, что в обеих группах учащихся возникали мысли о суициде, но не одна из них не закончилась попыткой. Выход из тяжелых жизненных ситуаций все испытуемые видят в общении с близкими людьми.

По данным шкалы Цунга хочется отметить следующее: средний показатель депрессии среди всех респондентов невысокий, но имеются индивиды, которые считают, что «другим было бы лучше, если бы я умер». Также многие студенты стали более раздражительны и наблюдают нарушение сна, что возможно связано с приближением сессии и увеличением умственных и эмоциональных нагрузок.

По результатам проективной методики «Ваши суицидальные наклонности» выяснилось, что многие испытуемые не склонны к суициду. У значительного числа респондентов имеются суицидальные наклонности, но они могут проявиться только при определенных обстоятельствах. Имеется и такой контингент людей, который использует свои суицидальные наклонности для манипуляции окружающими, но нужно учесть, что они могут совершить суицид по неосторожности. К сожалению, среди испытуемых очень низкий процент людей с железной волей и крепкими нервами.

В целом данная работа показала, что студенты Уфимского медицинского колледжа менее подвержены депрессии и деструктивному поведению, имеют более низкий уровень тревоги, нежели учащиеся Башкирского государственного медицинского университета. Возможно, это связано с менее серьезным отношением к проблемам, способностью делиться ими с окружающими и меньшим количеством обучающихся.

ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ В АСПЕКТЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА

Хох И.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN THE PERSPECTIVE OF COMPLEX APPROACH

Khokh I.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

Суицид – это умышленное самоповреждение со смертельным исходом. По показателям подростковых суицидов Россия находится на четвертом месте в мире. В Башкортостане за 2014 год совершено 36 завершённых суицидов несовершеннолетних и 102 суицидальной попытки, сравнение с общероссийским показателем 18,5 случаев на 100 тыс. населения не в нашу пользу. В 2015 году количество завершённых суицидов несовершеннолетних незначительно снизилось, зафиксировано 30 случаев, но выросли статистические показатели по количеству суицидальных попыток среди данной категории населения Республики.

Содержательные параметры популяции несовершеннолетних суицидентов практически не изменились, а именно: суицидальные попытки совершают преимущественно девушки, а истинный суицид, повлекший смерть, выбирают юноши. Портрет суицидента обладает следующими чертами: молодые люди 14–17 лет, из полных семей, учащиеся школ. Причины за анализируемый период тоже остаются практически неизменными: внутрисемейные конфликты, одиночество, но в 2015 году стала актуальнее причина – любовная драма. Подавляющее большинство популяции несовершеннолетних суицидентов выбирают способ ухода из жизни – самоповешение, что относится к необратимым действиям авитального характера.

Следует обратить внимание еще на одну тенденцию – суициды молодеют: если раньше они были юношескими, то теперь они стали в большинстве своем подростковые и уже отчасти детские. Так, в нашем территориальном образовании – Республике Башкортостан за 2015 год количество завершённых суицидов в возрастном периоде до 6 лет включительно зафиксирован 1 случай, от 7 до 9 лет включительно 3 случая, количество суицидальных попыток распределилось в указанных возрастных рамках следующим образом: до 6 лет три случая, от 7 до 9 лет 5 случаев. Данная тенденция омоложения типа поведенческой реакции в виде суицида практически подтверждается и в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского МЗ РФ, где указано, что 10–14 лет – самый опасный возраст для суицидов.

В октябре–ноябре 2015 году в рамках профилактики суицидального поведения было проведено крупномасштабное психодиагностическое обследование школьников 6–11-х классов общеобразовательных учреждений г. Уфы на выявление ранних признаков суицидального поведения.

В результате проделанной работы был составлен алгоритм маршрутизации школьников с выявленными суицидальными намерениями, который представлен Управлению образования г.о. Уфы, администрациям образовательных учреждениям, активу родительской общественности городского территориального образования.

Ряд учреждений республиканского и городского подчинения включились в работу по превенции суицидальной активности среди несовершеннолетних, в том числе и активизировалась работа по непосредственному взаимодействию между школьными психологами и социальными педагогами, как первичного звена и медицинскими психологами, психотерапевтами по раннему выявлению авитального поведения и формированию навыков совладающего поведения учащихся школ.

Данная работа является необходимым и важным этапом по улучшению ситуации с детскими суицидами в Республике Башкортостан.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Цыганков Б.Д., чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета дополнительного профессионального образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

PERSONALIZED THERAPY FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Tsygankov B.D., Moscow State Medical-stomatological University.

Шизофрения, тяжелое и распространенное психическое заболевание, входящее в десятку ведущих причин инвалидности, требует особых подходов к психофармакотерапии. Принятая повсеместно нейролептическая терапия, в зависимости от выбора препарата, осложняется побочными расстройствами, в т.ч., экстрапирамидными и специфическими метаболическими нарушениями.

Этапы исследования.

1. Изучение наиболее тяжелых нейролептических осложнений – злокачественного нейролептического синдрома и генерализованной аллергической реакции в период исключительного использования типичных нейролептиков.
2. Сравнительное изучение эффективности, побочных эффектов типичных и атипичных нейролептиков в процессе терапии типичными нейролептиками в сравнении с атипичными нейролептиками.
3. Изучение когнитивных и негативных нарушений в процессе терапии типичными и атипичными нейролептиками в сравнительном аспекте у больных параноидной шизофренией.

Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика фебрильных приступов шизофрении должна строиться как с учетом их клинической картины, течения и особенностей патогенетических проявлений, так и с учетом особенностей течения основного заболевания. Ранняя дифференциальная диагностика и своевременные адекватные мероприятия являются основными в предупреждении летальных исходов при развитии фебрильных приступов. В фебрильном периоде приступов базисным лечебным мероприятием должно стать проведение интенсивной инфузионной терапии, корректирующей конкретные нарушения в соматической сфере.

Основной параметр различий в группах при сравнении вариантов терапии – частота и длительность применения специального лечения осложнений. Клинико-динамические характеристики нейрокогнитивных нарушений при параноидной форме шизофрении определяются вариантом психофармакотерапии и типом течения заболевания. Выраженные улучшения в процессе психофармакотерапии после купирования психотической симптоматики наблюдались во всех сферах нейрокогнитивных функций.

Перспективы дифференцированной терапии больных шизофренией связаны с изучением патогенетических механизмов шизофрении, расстройств шизофренического спектра с использованием комплексного клинко-биологического подхода, включающего биохимические, нейрофизиологические, нейрокогнитивные, социально-реабилитационные методы, с целью оптимизации диагностики и терапии, снижения риска развития побочных эффектов и осложнений, улучшения исходов, углубления ремиссий и реабилитации больных.

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦНС

Цыганков Б.Д., чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета дополнительного профессионального образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Иванова Г.Р., к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета дополнительного профессионального образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

PSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS WITH RESIDUAL-ORGANIC CNS DEFICIENCY

Tsygankov B.D., Ivanova G.R., Moscow State Medical-stomatological University.

Резидуальная органическая патология центральной нервной системы, возникающая вследствие различных патологических воздействий, ослабляет адаптационные и компенсаторные возможности организма, утяжеляют протекание невротических расстройств. Такие пациенты особо уязвимы к патологическим, в том числе, и психологическим, воздействиям внешней среды и сложны для современной психофармакотерапии.

В исследовании приняли участие 114 пациентов НПЦ психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы, у которых диагностировались тревожно-депрессивные расстройства, протекающие на фоне РОН ЦНС.

С учетом влияния РОН на характер течения тревожно-депрессивных расстройств как основного заболевания и адаптивные возможности пациентов был разработан специализированный метод психотерапевтической коррекции. Психотерапевтическая программа основывалась на методах когнитивно-бихевиоральной терапии, релаксационных техниках и проводилась в групповом формате.

В ее задачи входили: обучение навыкам оценки своего эмоционального состояния и определению влияющих на него факторов, навыкам самостоятельной коррекции негативного эмоционального состояния; повышение самостоятельности пациентов, принятие ответственности за свое поведение и самочувствие; создание адекватного представления о

собственной жизни, эмоциональных и физических возможностях; обучение навыкам саногенного образа жизни (оптимизация режима труда и отдыха, питания, умственной и физической нагрузки).

Клиническая картина тревожных и депрессивных расстройств, протекающих на фоне РОН ЦНС усложняется благодаря особенностям, выявляемым при клинико-психопатологическом исследовании: соматизация аффекта, проявления межличностной сенситивности, обсессивно-компульсивные тенденции, астенические, вегетативные нарушения. Результаты проведенного сопоставления эффективности двух подходов к терапии данных расстройств свидетельствуют о возможности повышения эффективности лечебного процесса за счет присоединения комплексной психотерапии, ориентированной на клинико-психопатологические особенности данной группы пациентов.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ (VIII)

Цыганов М.И., Авдеева Е.Л., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

MODERN APPROACH TO PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH DEMENTIA (VIII)

Tsyganov M.I., Avdeeva E.L., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Наблюдаемое в настоящее время старение населения и, зачастую, связанное с указанным процессом количество больных с различными формами деменций, лечение деменции совершенно обоснованно находится в центре внимания современной медицины. Многие научные исследования приходят к сходным выводам о том, насколько важно, чтобы даже родственникам, и другим близким людям, ухаживающим за больными с деменцией и испытывающим неблагоприятное психологическое влияние, в обязательном порядке предлагалась та или иная форма психокоррекции. За последнее время и относительно короткий период, лечение больных страдающих деменцией заметно изменилось. Лечение стало комплексным процессом. Большинство специалистов, занимающихся проблемой деменции, не подвергается сомнению тот факт, что подход первой очереди, определяется нефармакологическим вмешательством, в частности, всегда следует рассматривать тот факт, что явно отсутствуют тенденции в отношении более широкого применения психотерапевтических методов в лечении деменции.

По мнению многих врачей, ценность психотерапии для больных пожилого возраста крайне невелика. Во время опроса 414 индивидов (возраст 17–81 год) с целью узнать их мнение о психотерапии для людей пожилого возраста участники всех возрастов заявили о своем предубеждении против подобной практики, считая, что благоприятное действие этого метода лечения неуклонно уменьшается по мере увеличения возраста клиентов (Zivian *et al*, 1994). Необходимо так же отметить и недостаточное применение психотерапии у людей пожилого возраста в Российской Федерации. По видимому, можно предполагать, что поскольку больных пожилого возраста реже направляют к специалистам для проведения психотерапии — то, вероятно, причина в том, что эти больные редко выполняют очень важную социальную роль или очень важную работу, поэтому и лечение для поддержания их функционирования не является первоочередной задачей, — хотя, данные о том, что эти методы лечения менее эффективны в группе лиц пожилого возраста, отсутствуют.

Специалистами в этой области был составлен крайне информативный обзор проведенных исследований, целью которой ставилось оценить эффективность методов психотерапии у больных пожилого возраста, привлекая внимание к очень медленному развитию этой сферы в лечении больных и возможные причины проблемы. Проведенный обзор наглядно показывает, что когнитивно-аналитическая, когнитивно-поведенческая, интерперсональная психотерапия, а также систематический и психодинамический подходы вполне могут помочь больным пожилого возраста в психической сфере, включая деменцию.

Психотерапия на современном этапе развития предусматривает свободный доступ к психотерапевтическому лечению для всех категорий больных независимо от их возраста. Это достижимо в случае создания единой системы психотерапевтических методов коррекции в организациях, осуществляющих необходимую помощь, при которой специалисты в области психотерапии, специалисты общей психиатрии и психиатрии позднего возраста осуществляли бы комплексное лечение совместно. Большинство авторов, занимающихся указанной проблемой, акцентируют внимание на том, что психотерапевтический момент является одним из ключевых в триаде социальных, биологических и психологических подходов, лежащих в основе оптимального психиатрического лечения, что в свою очередь требует от врачей знаний, что психотерапевтический компонент не должен оставаться лишь дополнением, занимающим последнее место после социальных и биологических моделей коррекции.

ОПЫТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ

Чевпцова Н.Л., Пермякова О.А., Лактионова Е.А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа. ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

COUNSELING WITH TEENAGERS

Chevpetsova N.L., Permiakova O.A., Laktionova E.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan. State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

За период с 2012 по 2015 год к психотерапевту Республиканского клинического психотерапевтического центра МЗ РБ обратилось 53 подростка в возрасте от 12 до 17 лет, 29 (54,7%) девочек и 24 (45,3%) мальчика. Были установлены следующие диагнозы: шизофрения в 2 (3,8%) случаях, умственная отсталость в 1 (1,9%), органическое поражение

головного мозга в 9 (17,0%). Неврозы и легкие поведенческие расстройства установлены у 41 (77,3%) обратившихся, 19 мальчиков и 22 девочек. Из них у 15 (36,6%) подростков выявлено расстройство адаптации, 8 (19,6%) – расстройство поведения, 6 (14,6%) – тревожно-депрессивное расстройство, 5 (12,2%) – соматоформное расстройство, 2 (4,9%) – неврастения, 1 (2,4%) – нервная анорексия, 1 (2,4%) – логоневроз, 1 (2,4%) – обсессивно-компульсивное расстройство, 1 (2,4%) – фобическое расстройство, 1 (2,4%) – гиперкинетическое расстройство. 48 (90,6%) подростков пришли на прием с матерью, одна девочка обратилась в сопровождении психолога из детского дома. В 3 (5,7%) случаях с подростками-мальчиками пришли отцы. Оба родителя сопровождали мальчика, страдающего шизофренией, ощущая тяжесть проблемы. Обращение в клинику по инициативе родителей наблюдали в 9 (17%) случаях; по направлению интернистов, при наличии соматических жалоб, в 9 (17%) случаях; по направлению неврологов – 11 (20,7%) подростков, школьных психологов – 8 (15,1%), в 16 (30,2%) случаев по просьбе самого подростка.

На первой консультации проведена беседа с выявлением проблемы подростка и диагностика семейных взаимоотношений с использованием теста "Анализ семейных взаимоотношений" (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) и проективной методики «Схема семьи». Во всех случаях была выявлена дисгармония отношений в семье, даже если об этом родители и подросток умолчали. Оба теста помогли родителям увидеть деформацию взаимоотношений в семье и ошибки в воспитании ребенка. По нашим наблюдениям чаще всего функции воспитания детей возложены на матерей, с их стороны наблюдается доминирующая гиперпротекция, что лишает детей самостоятельности, усиливает астенические или тревожно-мнительные черты характера, вызывает неуверенность в себе, сложности коммуникации. Отцы либо фактически видят ребенка только в выходные дни, стараясь побаловать, одарить и воспитание носит характер потворствующей гиперпротекции, способствующей развитию истерических черт характера. Либо очень требовательны, грубы и отвергают эмоциональные потребности ребенка, что способствует развитию невротических расстройств. Либо подросток растет в неполной семье.

В ходе консультации выявляется, что родители не видят связи проблем ребенка со своим поведением и взаимоотношениями внутри семьи и очень неохотно воспринимают рекомендации по проведению семейной психотерапии. Им хочется, чтобы врач как волшебник «вылечил» ребенка и решил все их проблемы. В 6 случаях родители, прошедшие сами курс лечения у психотерапевта или коррекции у психолога, пришли с готовностью к семейной психотерапии. В остальных случаях такой готовности нет. Психотерапевту приходилось разъяснять необходимость проведения лечения не только подростку, но и всей семье.

Таким образом, анализ работы с подростками позволяет сделать вывод о тесной связи различных по клиническим проявлениям невротических расстройств с взаимоотношениями в семье и необходимости активного проведения семейной психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ DELIRIUM TREMENS У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Черенков А.А., БУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск.

Обухов Н.Г., БУЗ «Республиканский наркологический диспансер МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск.

Васильева С.С., Центр профилактики и медицины труда ОАО ИЭМЗ «Купол», г. Ижевск.

Cherenkov A.A., Obukhov N.G., Vasilieva S.S., Izhevsk, Udmurtia.

DELIRIUM TREMENS IN ELDERLY PATIENTS

Одним из самых грозных проявлений алкоголизма является алкогольный делирий (delirium tremens), описанный еще в позапрошлом веке. По данным литературы (З.И. Кекелидзе и соавт 1998) частота delirium tremens (DT) составляет до 5% у больных алкоголизмом. При этом летальность может составить до 20% при отсутствии адекватной терапии и до 1% при квалифицированной стационарной помощи. Таким образом, проблема DT представляется достаточно актуальной. Целью работы был анализ различных аспектов терапии DT у лиц пожилого возраста. Исследование проведено на массиве больных прошедших через отделение анестезиологии–реанимации (ОАРИТ) в течение 3-х лет (2014–2016 гг.). Всего DT был зафиксирован у 246 пациентов. Длительность пребывания в отделении больных с DT составила от 1 до 45 суток (в среднем 4,6). Средний возраст составил $43,6 \pm 7,8$ лет. Однако 57 больных, т.е. почти четверть, были старше 60 лет. Именно они составили наиболее «проблемную» часть наших пациентов, и, именно у них DT протекал более длительно. Была выявлена достаточно четкая закономерность более злокачественного течения DT у возрастных больных. Поскольку на течение заболевания накладывался еще и соматический, прежде всего, «сосудистый» фактор. Из соматических проявлений часто наблюдалась гипертермия, тахикардия и расстройства гемодинамики в виде артериальной гипертензии и напротив гипотонии, тахипное. Также частым проявлением расстройств гомеостаза были водно-электролитные нарушения, прежде всего гипокалиемия. У возрастных больных также имелись грубые нарушения белкового обмена и нутриционного статуса. В этой связи, интенсивная терапия включала в себя инфузионную терапию кристаллоидами, а при необходимости и коллоидными растворами с учетом водно-электролитной коррекции, витаминотерапию (прежде всего группы В). На ранних этапах подключались ноотропы. Всем больным было организовано энтеральное зондовое и парэнтеральное питание. Кроме того, проводилась симптоматическая терапия по назначениям консультантов (терапевтов, неврологов)

Касаясь исхода заболевания, следует отметить, что удалось избежать летальных исходов. Однако у 3 больных с DT развился выраженный неврологический дефицит, в 2 случаях приведший к инвалидизации. Таким образом, DT представляет собой тяжелое «междисциплинарное» заболевание, требующее трудоемкой интенсивной терапии.

ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК КОМПОНЕНТА ПРОЦЕССА УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Чудинов Р. А., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHOLOGICAL SAFETY AS A COMPONENT OF THE PROCESS OF SOCIAL MENTAL HEALTH IMPROVEMENT

Chudinov R.A., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

В настоящее время мы можем наблюдать, насколько разрушительными бывают последствия глубинной и грамотной работы с массовым сознанием. В деле укрепления общественного психического здоровья важной становится работа в информационном поле современных электронных сетей. Особенно актуальным видится обучение людей методам самостоятельного обеспечения психологической безопасности, а также способам передачи данных навыков последующим поколениям. Это может осуществляться в рамках расширения спектра услуг организаций в сфере охраны психического здоровья.

Сосредоточить усилия именно на обучении индивидуальным, личностным способам обеспечения психологической безопасности следует потому, что личность – единица общества, индивидуальное сознание, которое является неотъемлемой образующей частью массового сознания.

Память – психическая основа сохранения и существования целостной личности. Непрерывность культурной и моральной памяти осуществляется за счет механизмов социализации, которые в текущее время все в большей степени осуществляются в среде электронных сетей. Именно мораль, система ценностей человека является определяющим фактором личной психологической безопасности.

В деле обеспечения общественной психологической безопасности можно выделить три фактора: защита от поступления дестабилизирующей информации, формирование внутренних ресурсов устойчивости и ресурсов саморазвития, создание информационной среды, способной качественно удовлетворить когнитивные и духовно-нравственные потребности.

Если обеспечение первого фактора в большей степени находится в компетенции специализированных государственных служб, то следующие два также могут осуществляться в рамках организаций в сфере охраны психического здоровья. Более того, можно утверждать, что их обеспечение способно нивелировать отрицательные воздействия.

Одним из главных факторов психологической безопасности человека является та система ценностей, которой он следует. Также немалое влияние оказывается моралью той общественной среды, которая окружает человека, в том числе в силу того, что мораль самого человека формируется в процессе социализации.

В наше время существует множество бессистемных и стихийных, воздействий влияющих на социализацию. Электронные сети, а также индустрия виртуальных игр – две среды, которые во все большей степени вплетаются в этот процесс. Данное явление имеет как положительные, так и отрицательные стороны, но в целом, характер его влияния мало изучен. Имеются данные, что люди, проводящие в сети Интернет продолжительное время, оставляют без нагрузки зоны мозга, ответственные за детальный анализ и глубокое обдумывание проблемы, что не сказывается на них положительным образом.

В условиях всевозрастающего влияния интернета и других телекоммуникационных технологий на жизнь общества и каждой отдельной личности увеличивается также наша гражданская ответственность за управление и контроль над этими процессами. События текущего времени явно показывают нам, что в случае недостаточности такого присутствия возможны самые негативные сценарии. Очень важно продолжать как исследования в области психологической безопасности, так и реализацию новых психосоциальных проектов, а также расширять деятельность уже существующих.

К ВОПРОСУ О КОНСТРУКТИВНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ С РОДИТЕЛЯМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

Чураева Ю.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ON CONSTRUCTIVE COOPERATION OF CHILD HEALTH-CARE SPECIALISTS WITH PARENTS OF JUVENILE PATIENTS

Churaeva Y.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Врачи, занимающиеся диагностикой детских болезней, педиатры – это именно те специалисты, которые вынуждены сообщать родителям о, порой, серьезных заболеваниях ребенка. Часто врач не готов встретиться с сильными эмоциями пациента, у него нет достаточной подготовки в сфере психологии лечебного взаимодействия.

Но от правильных действий врачей зависит очень многое. Для того чтобы помочь родителям найти ресурсы для дальнейшей борьбы за здоровье своих детей важно соблюдать три условия (По К.Роджерсу). Первое условие – это подлинность, искренность или конгруэнтность. Второе – принятие, забота или признание – безусловное позитивное отношение. Третье – наличие эмпатического понимания.

Родители, которые узнают о наличии аномалий у своего ребёнка, переживают реакцию на утрату.

По типологии Э.Кюблер-Росс (2001 г.) переживание горя состоит из следующих этапов: отрицание и изоляция, гнев и агрессия, договоренность и "торг", депрессия и отчаяние, принятие.

На первом этапе отрицания и изоляции можно увидеть попытки взрослых убедить себя и окружающих в том, что произошла ошибка.

На втором этапе происходит попытка понять происходящее и найти его причины, которая выражается в проявлении гнева. Происходит поиск реального или иллюзорного виноватого в происходящем.

Гнев – неоднозначная эмоция. Обнаруживая её, люди могут испытывать как испуг, так и злобу, но в обоих случаях относятся к этому как к чему-то дурному. Важно понимать, что в данном случае гнев не персонализирован, а направлен на ситуацию вообще.

Сообщение врача о неблагоприятном результате обследования должно быть спокойным, корректным, максимум информативным.

Нужно говорить: "Я сожалею. Я бы хотела, чтобы все было иначе. Я сочувствую вам. Я вам постараюсь помочь. Есть ли у вас вопросы?" Нужно использовать простой стиль речи, честно отвечать на вопросы, выслушивать родителей. Не стоит использовать медицинскую терминологию, спорить, отмалчиваться. Родители должны чётко осознавать, с какими трудностями и проблемами они столкнутся.

Если врач после негативного сообщения сталкивается с бурными проявлениями чувств, то возникает вопрос: как на них реагировать?

Здесь подойдёт стратегия сдерживания. Это поведение, при котором мы возвращаем человеку понимание того, что он чувствует, вместо того, чтобы задавать множество вопросов, советовать, или приходить к каким-либо заключениям на основе собственных ощущений. Это нужно для того, чтобы жертва кризиса увидела, что переживаемые ею страдания не такие ошеломляющие и пугающие, как ей казалось.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Чураева Ю.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

PSYCHOTHERAPEUTIC HELP IN DEALING WITH SOCIAL INTERACTION PROBLEMS AMONG YOUNG PEOPLE

Churaeva Y.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Анализ проблем, с которыми сталкиваются пациенты нашего центра, приводит нас к пониманию важности проблемы одиночества молодых людей и подталкивают нас к поиску эффективных и новых форм и методов работы в этом направлении. Трудности в создании семьи, поиска партнера, проблемы личностных взаимоотношений с девушками/молодыми людьми, отсутствие умений и навыков непринужденного общения с людьми противоположного пола являются наиболее частыми в числе запросов на психотерапию и психокоррекцию.

Люди остаются один на один с этими проблемами или обращаются за некомпетентной помощью к сомнительным специалистам, часто не имеющим ни психологического, ни медицинского образования.

Многие одинокие люди чувствуют ненормальность этой ситуации, однако, государство не предлагает им научно обоснованных, комплексных и доступных мероприятий в этом направлении. Если мы принимаем установку молодых людей на создание семьи как конструктивную и положительную, то необходимы усилия со стороны общества, государства, специалистов в области социальных профессий (специалистов в области психического здоровья в особенности), направленные на разработку и осуществление действенных видов помощи населению, преимущественно молодому, для формирования общественно полезных установок и поведения личности в различных аспектах взаимоотношений между представителями противоположных полов, которые бы обеспечивали сохранение личного здоровья и создание здоровой семьи.

Данные задачи могут эффективно решаться на групповых занятиях. Преимущества именно групповой работы с предполагаемым контингентом нами видятся неоспоримыми. Задачи межличностного общения должны решаться в группе.

В рамках нашего отделения уже осуществляется групповая терапия социально-тревожного расстройства методами когнитивной и экспозиционной терапии.

Сейчас мы завершаем работу по подготовке групповых занятий по теме "Психология гендерных отношений". Здесь мы наряду с уже опробованными методами КПТ хотим внедрить и методы арт-терапии, так как арт-терапевтические методы позволяют развивать способности к сопереживанию и кооперации, к возникновению чувства внутреннего контроля и порядка, позволяют работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми, а так же способствуют обучению более эффективных навыков при поддержке группы.

ОБ ОТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ДОЧЕРИ

Шадрина О.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ON MOTHER-DAUGHTER RELATIONS

Shadrina O.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Вопрос отношений родителей и детей является одной из проблем, не утративших актуальность и в настоящее время. Можно привести несколько типов неконструктивных отношений матери и дочери, знание которых поможет матери вовремя скорректировать семейную ситуацию.

1. Подруги. Эти отношения характеризуются очень близкими и теплыми отношениями матери и дочери. Общаясь друг с другом на равных, они могут многое друг другу доверить и обсудить все. Обратной стороной медали является трудность установления границ, в результате чего матери трудно обеспечить дочери защиту и дисциплину. Она не может запретить ей что-либо без риска потерять статус лучшей подруги. Это создает трудности для дочери в период серьезных жизненных перемен, когда она сама становится родителем. Подростковой дочери будет сложно достигнуть материнской зрелости, ведь такого примера перед глазами у нее не было.

2. Сестры. Маму и дочь связывает любовь и полное взаимопонимание, несмотря на разницу в возрасте. Но при этом часто возникает конкуренция за внимание мужчин, например, отца семейства, за достижения, за проявление способностей. На протяжении всей жизни дочь не получает от мамы поддержки, заботы. Выросшая в ситуации постоянного сравнения, дочь, вероятно, не будет иметь внутренней уверенности в себе. Ей все время нужно будет что-то доказывать.

3. Соперницы. Этот тип отношений характеризуется постоянными конфликтами, возникающими по любому поводу. Во многих случаях матерью движут благие побуждения — стремление сделать все, чтобы ее детям было легче выжить в этом мире. Руководствуясь этим, она пытается привить дочери свои схемы и правила. Если дочь не оправдывает ожиданий, начинается критика со стороны матери, реакция ребенка в этом случае — защита.

4. Части одного целого. Такие отношения характеризуются полной несамостоятельностью дочери, ее зависимости от оценки матери, продолжающей опекать уже подростковую дочь. Это происходит тогда, когда женщина, недовольная своей жизнью, рождает ребенка только для того, чтобы прожить ее заново вместе с ним. В отношениях матери и дочери уместно, когда дочь рассказывает матери о своих проблемах с молодым человеком. Но если мама излишне откровенна и посвящает своего ребенка в подробности своей жизни с мужем, то подрывает отношения дочери и отца.

В любых отношениях важно увидеть друг друга реальными и обозначить границы, например, выбрать запрещенные к обсуждению темы. Конечно, каждой матери нужно больше заниматься своей жизнью и развитием, тогда дочь сможет учиться на модели поведения матери, что облегчит её путь во взрослой жизни.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ В ПРЕМНЫЙ ПОКОЙ СТАЦИОНАРНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, Г. УФА

Шадрина О.В., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр
Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

APPEALABILITY STRUCTURE OF IN-HOSPITAL PSYCHOTHERAPEUTIC DEPARTMENTS OF REPUBLIC CLINICAL PSYCHOTHERAPEUTIC CENTER, UFA, BASHKORTASTAN

Shadrina O.V., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства Здравоохранения Республики Башкортостан предназначен для специализированного лечения пациентов с невротическими расстройствами, профилактики суицидов и суицидальных попыток у детей, подростков и взрослых, оказания специализированной медицинской помощи гражданам с пограничными психическими расстройствами и расстройствами поведения пограничного характера.

Психотерапевтическое отделение № 1 Республиканского ГАУЗ клинического психотерапевтического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан предназначено для оказания специализированной помощи в условиях круглосуточного стационара.

Структура заболеваний среди пациентов, пролеченных в ПТО №1 за 2015 год: органические, включая симптоматические психические расстройства F 00 – F 09, что составило 237 пациентов (44,13 %), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ F 10.0, что составило 7 пациентов (1,3 %), шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства F 20 – F29, что составило 12 пациентов (2,3 %), расстройства настроения (аффективные расстройства) F 30 – F 39, что составило 14 пациентов (2,6 %), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. F40 – F 48, что составило 245 пациентов (45,62 %), поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами F 50 – F 59, что составило 14 пациентов (2,6 %), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F 60 – F 69, что составило 8 пациентов (1,48 %).

Данная структура заболеваний в ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ представлена преимущественно органическими, включая симптоматические психические расстройствами и невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, в связи с тем, что ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ специализируется на лечении пограничных расстройств, к которым относятся невротические, связанные со стрессом, также непсихотические формы органических расстройств, проявляющиеся невротоподобной симптоматикой. Обращение пациентов с органическими непсихотическими психическими расстройствами свидетельствует о снижении стигматизации психотерапевтической помощи среди пациентов, обращающихся в общую медицинскую сеть.

ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ

Шарапова В.И., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

ADOLESCENT SUICIDE PREVENTION

Sharapova V.I., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

По данным ВОЗ ежегодно более 800 000 человек кончают жизнь самоубийством, это один человек каждые 40 секунд. Но эти смертельные случаи можно предотвратить или, по крайней мере, сократить их число.

К самоубийству приводит целый ряд взаимодействующих биологических, генетических, психологических, социологических и культурных факторов.

Подростковый суицид сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Период подросткового возраста в психологии характеризуется как кризисный период. Это момент перехода из детства во взрослую жизнь.

Подросток – это уже не ребенок, но еще и не взрослый. У него появляется новообразование – «чувство взрослости», а новых смыслов, ценностей взрослой жизни, форм взаимодействия во взрослом мире еще нет. Ведущей деятельностью в этот период является общение со сверстниками. Быть принятым в своем окружении – друзьями и одноклассниками становится гораздо значимее и важнее, чем у взрослого человека. Сложный кризисный период подросткового возраста характеризуется не только внутренними конфликтами самого ребенка, но и появлением огромного количества конфликтов с окружающим миром, миром пока для него непонятым, неясным, пугающим.

Самоубийство подростка – чаще всего рассматривается как результат того, что крик о помощи не был услышан вовремя. По мнению многих исследователей, депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивностью, агрессией, что затрудняет ее диагностирование. Типичной для детско-подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида.

Для повышения уровня результативности в реализации профилактической работы необходимо повысить уровень психологической подготовки учителей, воспитателей, социальных педагогов и родителей; увеличить численность психологов в учреждениях, владеющих знаниями возрастной психологии, кризисной психологии и психотерапии; создать различного рода внешкольные формы психологической помощи (например «телефон доверия» для анонимной психологической помощи при кризисных состояниях и др.)

Также для создания системы профилактики суицидов у детей и подростков необходимо соблюдение принципа комплексного взаимодействия специалистов, а именно: учителей, воспитателей, психологов, социальных работников, медицинских работников, сотрудников комиссии по делам несовершеннолетних, родителей, что способствует более эффективной работе в области профилактики и предотвращении повторных суицидов среди подростков.

ОПЫТ ОНЛАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А., ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

ONLINE RESEARCH OF ADDICTIVE BEHAVIOUR IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS

Yuldashev V.L., Asadullin A.R., Akhmetova E.A., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

Эпидемия распространения наркомании, особенно синтетических наркотиков, охватившая Россию, представляет опасность не только для отдельных индивидов, но и в целом для здоровья нации. С целью изучения факторов риска аддиктивного поведения у учащихся общеобразовательных школ нами, совместно с министерством образования Республики Башкортостан был разработан структурированный опросник – «Карта социально-психологического тестирования обучающихся» для выявления факторов риска формирования аддиктивного поведения у лиц в возрасте 14–19 лет.

В основу «Карты» были положены опросник Кетелла, рекомендованный Министерством образования и науки РФ, тест на наличие синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Кроме того, респондентам предлагался ряд вопросов, направленных на выявление риска употребления ПАВ и несколько свободных ответов. Карта исследования включала в себя 159 утверждений, на которые испытуемый должен был дать утвердительный или отрицательный ответ.

В соответствии с приказами Министерства образования Республики Башкортостан по данной методике в онлайн режиме нами было проведено социально-психологическое тестирование в общеобразовательных учреждениях 10 муниципальных районов, в том числе 3-х сельских и городских округов. В тестировании приняли участие 8859 учащихся из 131 общеобразовательной организации. Средний возраст учащихся составил 15,5±0,2 лет.

По итогам пробного онлайн тестирования в 24% школах республики риск аддиктивного поведения подростков оказался достаточно высоким. На вопрос: «Имеете ли опыт приема веществ изменяющих сознание, психику (не алкоголь)» утвердительно ответило 489 респондентов, что составило 6% от всей массы обследованных (8859 человек).

Было установлено, что факт употребления наркотических средств было тесно связан с такими факторами как проживание подростка в неполной семье: среди лиц, заявивших, что они проживают в неполной семье, являлись сиротами или проживали с приемными родителями 2208 (25%) человек, при этом в отмеченной группе было 301(14%) подросток, имевший опыт приема алкоголя из 489 (22%). Тогда как в полной семье проживало 6651 (75%) подросток, и среди них имел опыт приема наркотических средств 188 (3%) человек, что статистически значимо ниже ($p < 0,05$), чем в неполных семьях.

Таким образом, разработанный нами опросник и методика онлайн тестирования учащихся общеобразовательных школ показали свою надежность и экономическую эффективность в выявлении факторов риска аддиктивного поведения у учащихся общеобразовательных школ.

ОПЫТ ВЫЕЗДНОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Юсупова Г.Р., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

EXPERIENCE OF EMOTIONAL BURNING OUT SYNDROME PREVENTION

Yusupova G.R., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) знаком многим. Это не просто стресс и хроническая усталость, это более глубокое эмоциональное состояние, выйти из которого гораздо сложнее. СЭВ является следствием долгого нахождения в состоянии стресса на работе, в результате чего накопленные негативные эмоции не имеют выхода. В таком положении оказались наши коллеги из Городской клинической больницы №1 г.Стерлитамака.

Как известно, синдром эмоционального выгорания является одним из серьезных профессиональных заболеваний, который может помешать работать специалисту. Конфликты любого рода могут повлиять на качество предоставляемых услуг, снизить престиж отдельной личности и медицинской организации в целом, вызвать текучесть кадров и снижение работоспособности. Инициатива проведения выездного тренинга исходила не только от администрации учреждения, но и от сотрудников, которые убеждены — доброжелательность не требует финансирования, а зависит лишь от внутреннего настроя.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр охотно откликнулся на эту просьбу, и 3 февраля 2016 г. выехала в Стерлитамак рабочая группа в составе 6 человек врачей и медицинских психологов. Работа велась одновременно на 6 площадках и каждый психотерапевт или психолог использовал свои уникальные техники. На первом теоретическом занятии присутствовал весь коллектив больницы, т.е. 980 человек, были обсуждены причины возникновения СЭВ, признаки и методы профилактики. Каждый из присутствующих принял участие в тестировании для определения наличия синдрома выгорания, а уже потом было разделение всех на группы (отдельно врачей и медсестер). На тренингах не давались рецепты счастья, у каждого выявлялись свои внутренние ресурсы и резервы.

Участники тренинга учились быстро распознавать конфликт, вовремя останавливать его, гасить агрессию. На тренингах отработывались техники, как уходить от конфликта и выстраивать конструктивный диалог с больными, моделировались различные ситуации общения врача с пациентами, отработывались наиболее действенные методы избавления от стресса. Навыки общения с пациентами и между коллегами оттачивались в различных ситуациях. Особенно интересной получилась работа врачей и медицинских сестер в группах. Коллектив ходил на тренинги с удовольствием. Все сотрудники больницы, включая администрацию, оценили эффект от тренинга и выразили уверенность в том, что смогут применить полученные знания и навыки на практике!

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ГИМНАЗИИ-ИНТЕРНАТА

Ялаева Э.Т., Ялаева Э.И., Абраров Р.А., ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

HYGIENIC EVALUATION OF ADAPTATION OPPORTUNITIES OF BOARDING-SCHOOL STUDENTS

Yalaeva E.T., Yalaeva E.I., Abrarov R.A., State Medical University of Bashkortostan, Ufa.

За последние десятилетия произошло значительное ухудшение состояния здоровья школьников, характеризующееся снижением качества жизни, ростом эмоциональной напряженности, увеличением распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, снижением как физической, так и умственной работоспособности [2,4,5]. В связи с этим большое значение придается процессам адаптации, то есть повышению устойчивости организма к внешним факторам, и управлению этими процессами.

Адаптация школьников происходит за счет значительного напряжения функциональных систем организма [5]. Изменения происходят, прежде всего, в системах дыхания и кровоснабжения, которые ответственны за обеспечение органов и тканей кислородом и питательными веществами. Возникновению функциональных и органических изменений часто предшествуют пограничные состояния, характеризующиеся снижением адаптационных возможностей детского организма к изменяющимся условиям среды обитания. Они проявляются в виде многочисленных признаков дискомфорта и напряжения, свидетельствующих о неблагополучии в состоянии здоровья ребенка [1].

Цель исследования: изучить влияние проживания в интернате на степень адаптации школьников в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Исследования были проведены на базе Башкирского республиканского гимназии-интерната №1 имени Р.Гарипова г. Уфа, руководители и родительский комитет которого одобрили участие детей в работе. Объектом изучения явились 569 школьников, приехавших из разных районов республики Башкортостан и других областей России; из них 157 учащихся 8-го класса, 159 – 9-го класса, 156 – 10-го класса и 97 – 11-го класса; 247 мальчиков и 322 девочки. Были определены соматометрические (длина, масса тела и окружность грудной клетки) и функциональные показатели (артериальное давление, частота сердечных сокращений, сила кисти рук, жизненная емкость легких). Проведено сравнение

физического развития и степени адаптации школьников. Расчет адаптационного потенциала, проводился по следующей формуле:

$$AP=(0,011*ЧП)+(0,014*СД)+(0,008*ДД)+(0,009*М)-(0,009*Р)+(0,014*KB)-0,27, (1)$$

где АП - адаптационный потенциал; ЧП - частота пульса, уд./мин.; СД - систолическое давление, мм рт. ст.; ДД - диастолическое давление, мм рт. ст.; М - масса тела, кг; Р - рост, см; KB - возраст, лет [1]. Оценка результатов проведена с использованием шкалы для оценки уровня здоровья школьников в зависимости от степени адаптации [3].

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что у половины школьников (50,44±2,10%) адаптация удовлетворительная, доля детей с напряжением адаптации составила 29,00±1,90%, а с неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптации 20,56±1,69%. Статистически значимых гендерных различий в распределении школьников по уровню адаптации не выявлено.

При анализе показателей адаптации в зависимости от возраста обследуемых установлено наличие существенных отличий (табл.). Среди учеников 8-х классов была наименьшей доля школьников с удовлетворительной адаптацией (42,68±3,95%), наибольшей – доля с неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптации (28,66±3,61%). Возможно, это связано со сменой привычной обстановки проживания и обучения школьников, переехавших из разных уголков Республики Башкортостан и других областей России. Постепенно с увеличением срока пребывания класса детей в гимназии-интернате показатели адаптации улучшались. Так, уже в 9 классе число детей с удовлетворительной формой адаптации существенно возрастает до 50,31±3,97; а в следующие годы наблюдается неуклонное повышение их доли. Соответственно этому, из класса в класс было установлено уменьшение прослойки обследуемых с неудовлетворительной адаптацией от 28,66±3,61 в 8 классе до 13,40±3,46 в 11 классе. Из других особенностей можно отметить тенденцию к некоторому росту доли школьников с напряжением адаптации в 9 и 11 классах. По видимому, такая картина может быть связана с предстоящей в этих классах стрессовой ситуации по поводу сдачи ИГА и ЕГЭ.

Заключение. При оценке степени адаптации установлено, что менее половины школьников гимназии-интерната имеют удовлетворительную адаптацию. Выявлены различия степени адаптации в зависимости от возраста школьников. Среди учеников 11 класса, по сравнению с другими классами, была наибольшей доля детей с удовлетворительной адаптацией и наименьшей – доля с неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптации. Доля детей с неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптации оказалась выше среди учеников 8-го класса, в связи с переводом из прежней, привычной для себя обстановки в образовательное учреждение интернатного типа. Следовательно, такие подростки остро нуждаются в более внимательном к себе отношении, чтоб более успешно освоились к условиям пребывания в новом коллективе.

Список литературы

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., 1997.
2. Баранов А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. Педиатрия. 2012. Том 91. №3. С. 9-14.
3. Кучма В.Р. Методология и методика оценки здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений.
4. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков в современных условиях: проблемы и пути решения. Здоровье населения и среда обитания. 2012. №8. С. 4-6.
5. «Особенности состояния здоровья современных школьников». Материалы к докладу «Школа – 2020. Какой мы ее видим?». Москва, 2008.

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Яхин М.И., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

MAIN MECHANISMS OF DEVELOPMENT AND THERAPY OF ANXIETY / PHOBIC DISORDERS

Yakhin M.I., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortastan.

В той или иной степени волнение и тревога перед публичным выступлением, ответственным экзаменом, встречей с авторитетным человеком знакомы практически каждому взрослому человеку. В определенном смысле эта тревога выполняет положительную функцию – заставляет мобилизовать доступные ресурсы, тщательно подготовиться к предстоящему испытанию, повышает чувство ответственности. Рациональные формы страха помогают человеку сохранить свою жизнь и здоровье.

Вполне разумно, например, опасаться неблагоприятного действия ядовитых химических соединений, взрывоопасных предметов, ничего нет плохого в том, чтобы избегать поездок с пьяным водителем или опасаться автомобиля, несущегося с огромной скоростью. Но бывает и так, что страх приобретает совсем иную природу, становится иррациональным и тогда вместо мобилизации ресурсов он приводит к их блокированию, начинает тормозить нашу активность и доставляет нам и нашим близким массу неприятных переживаний. Иногда такого рода болезненные страхи выражаются в навязчивом мытье рук из-за страха заразиться (мизофобия), социофобии, кардиофобии, аэрофобии и т.д.

У страха есть три основных компонента: вегетативный, когнитивный и поведенческий. Вегетативный компонент проявляется в виде телесных ощущений и физиологических изменений. Традиционно надежными признаками страха считаются учащение пульса, повышение кровяного давления, тяжесть в желудке и груди, оцепенение, а также потливость и повышенный мышечный тонус. Когнитивный компонент – это мысли, в которых человек преувеличиваем угрозу, придающий ей вид неминуемой катастрофы. И поведенческий компонент включает стереотипы бегства и предотвращения вызывающих страх событий.

Иррациональный страх формируется на базе врожденных реакций страха на стимулы, генетически запрограммированные как сигналы реальной опасности – громкий звук, боль, потеря опоры и резкое ограничение движения. Когда действие этих безусловных стимулов случайно совпадает по времени с действием другого – пока еще нейтрального стимула, наш мозг связывает эти стимулы в единую цепочку, и в другой раз достаточно лишь того самого ранее нейтрального стимула, чтобы сработала эта ассоциация, и тогда мозг идентифицирует ситуацию как «опасную» и дает команду к бегству. Если подчиниться этой команде – закрепляется страх. То есть человек научается бояться и избегать прежде нейтральных стимулов. Павлов назвал этот механизм условным рефлексом. И не обязательно учиться на своем примере, часто человек черпает страхи из опыта других людей. Так ребенок учится бояться мышей и тараканов, подражая своей матери, молодой человек, видевший, как дед умер от инфаркта, начинает «искать» у себя признаки болезни сердца. Большую силу имеет и слово – запугивание и угрозы. Более того, многочисленные СМИ постоянно вещают нам о зверских преступлениях, ужасных катастрофах и небывалого масштаба эпидемиях. Страх закрепляется, когда взаимодействие с пугающим стимулом заканчивается бегством или попыткой к бегству (избегающим поведением). Каждый раз, когда нам удается избежать страха, мы испытываем облегчение, которое является одной из форм естественного удовольствия. Так мы закрепляем реакцию бегства от опасности, этим самым убеждая себя все больше, что она реальна. Таким образом страх начинает подкреплять сам себя, чем и объясняется его стойкость. Развитие навыков самонаблюдения, выявления пугающих прогнозов на будущее и коррекции их, является необходимым условием для эффективной психотерапии. Также важным условием должно быть устранение избегающего и охранительного поведения и осознанное столкновение с пугающими стимулами в виде поведенческих экспериментов и экспозиций. При этом необходимо фиксировать выводы между ожиданиями и реальными последствиями при погружении в пугающие стимулы.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ОСУЖДЕННЫХ. ЧАСТЬ II

Яхин М.И., Пронина М.Ю., ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, г. Уфа.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF ATTENTION DEFICIT SYNDROME WITH HYPERACTIVITY IN CONVICTS. PART II
Yakhin M.I., Pronina M.Y., Republic clinical psychotherapeutic center, Ufa, Bashkortostan.

В литературе описаны схемы терапии лиц с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с тремя основными модулями: 1) Организация и планирование; 2) Снижение отвлекаемости; 3) Когнитивная реструктуризация (адаптивное мышление).

С пациентом проводится от пятнадцати и более индивидуальных сессий, каждая из которых начинается с установления терапевтом и пациентом «повестки дня». Также в начале сессии проводится оценка и обсуждение с пациентом динамики выраженности основных симптомов СДВГ, проверка домашнего задания и ранее приобретенных навыков. Далее в ходе сессии идет обучение новым навыкам и в конце дается новое домашнее задание.

Сессии, сфокусированные на организации и планировании, начинаются с психообразования, концептуальной модели СДВГ, логического обоснования использования компенсаторных навыков и упражнений на целевую мотивацию. В ходе этого модуля пациент приобретает навыки использования ежедневника, составления списка задач, выделения приоритетов, разбивания крупной цели на краткосрочные легко решаемые задачи, а также тренирует навыки решения проблем. Второй модуль (снижение отвлекаемости) включает повышение осведомленности об объеме внимания, разделении задач на части, соответствующие этому объему, использовании визуальных и других напоминаний и подсказок и уменьшении отвлекающих внешних факторов в окружающей среде. Последний из основных модулей посвящен адаптивному мышлению и позволяет овладеть навыками когнитивной реструктуризации, включающими ведение дневника мыслей, идентификацию когнитивных ошибок и формулированию рациональных ответов на дезадаптивные мысли. Пациент учится фиксировать, переоценивать и модифицировать собственные мысли, ведущие к избыточному эмоциональному реагированию и нерациональному поведению.

Дополнительные модули определяются индивидуально и могут включать навыки преодоления прокрастинации, управление гневом и фрустрацией, коммуникативные навыки, работу с самооценкой.

Изучение эффективности КПТ при СДВГ показало, что «действующим агентом» успешной терапии СДВГ является повторение и закрепление компенсаторных навыков вместо слишком широкого охвата большого числа тем в ущерб репетиции и практики новоприобретенных навыков.

Число сессий индивидуальной терапии зависит от выраженности симптомов СДВГ и степени дезадаптации пациента, его психологических характеристик и наличия сопутствующих заболеваний. При наличии коморбидного расстройства личности иногда требуется более 100 индивидуальных сессий. После курса индивидуальной терапии рекомендуется КПТ в формате небольших групп (не более 10 человек). В сложных случаях групповая КПТ может заменить индивидуальную.

БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Авагимян А. А., старший преподаватель кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); медицинский психолог ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ. Россия, Москва.

Аннотация: Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, связана с высокой степенью ответственности за жизнь и здоровье других людей, с умением сохранять высокую работоспособность в экстремальных условиях эмоционального и физического напряжения. Медицинские работники подвергаются наибольшему риску эмоционального выгорания. Эмоциональное выгорание, являясь формой профессиональной деформации личности, отрицательно сказывается как на психическом здоровье, так и на исполнении профессиональной деятельности и взаимоотношениях с окружающими. Проведение Балинтовских групп является традиционным путем преодоления профессионального выгорания медицинского персонала, хотя в нашей стране он намного менее популярен, чем, например, проведение одноразовых тренингов. В сентябре 2015 года под эгидой ОППЛ был начат большой проект в Психиатрической клинической больнице номер три им. В.А. Гиляровского. Было проведено исследование эффективности Балинтовских групп и параметров профессиональной деформации медсестер, работающих в психиатрической больнице. Наше исследование показывает, что Балинтовские группы эффективно борются с симптомами профессионального выгорания и могут быть рекомендованы в качестве долгосрочной программы по борьбе с профессиональным выгоранием медицинских сестер.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, Балинтовские группы, специалисты помогающих профессий

Балинтовская группа – современный эффективный метод групповой тренинговой исследовательской работы, используемый в психотерапии для профилактики выгорания специалистов помогающих профессий – врачей, учителей, психотерапевтов, социальных работников. Центральным объектом исследования в классической Балинтовской группе – отношения «врач – пациент». Анализ этих отношений дает возможность более полно понять клиента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, побывать «по другую сторону» взаимоотношений с пациентом, и, таким образом, преодолеть кризисы в личностном и профессиональном развитии. В современной ситуации, с одной стороны, увеличивается количество специалистов помогающих профессий, а, с другой стороны, возрастает нагрузка, которая на них ложится, и велика необходимость в разработке и применении методов, способствующих профилактике профессионального выгорания.

Профессиональное выгорание – специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами/пациентами при оказании профессиональной помощи. Оно включает в себя три основных составляющих, проявляющихся поэтапно: эмоциональная истощенность, деперсонализация и редукция профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда, клиентам, пациентам, ученикам. Редукция профессиональных достижений представляет собой возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней, то есть специалист переживает утрату профессионального мастерства.

В современной психотерапии апробированы и широко используются такие формы профилактики профессионального выгорания как участие в работе Балинтовских групп, групп личностного роста, супервизии. На русском языке, например, этот опыт изложен в книгах В.А. Винокура, С.А. Кулакова.

Балинтовские группы – это метод групповой тренинговой исследовательской работы. Он получил название по имени своего создателя – Микаэла Балинта. В 50-е годы он работал консультантом-психиатром в Тэвистокской клинике в Лондоне. Опыт, обобщенный Балинтом в его книге «Врач, его пациент и болезнь», лег в основу метода проведения исследовательско-обучающих семинаров. Эти семинары привлекли к себе внимание ряда психоаналитиков и впоследствии были названы «Балинтовскими группами».

Работа в Балинтовской группе направлена:

- на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении,
- осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом,
- расширение представлений о лечебном процессе,
- психопрофилактику участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегияльной поддержки,
- реабилитацию врачей, медицинских работников, психотерапевтов, социальных работников, у которых уже развился синдром профессионального выгорания.

Специалисты, прошедшие работу в Балинтовской группе, контролируют свою рабочую и психоэмоциональную нагрузку. Балинтовские группы обеспечивают возможность обсуждения профессиональных ситуаций в безопасной среде, которая помогает им познакомиться со своими эмоциями и развивать их понимание, сформировать адаптивные способы обработки эмоций, которые могут привести к укреплению профессиональной идентичности и сохранению личных границ. За рубежом используется не только в профилактике уже сложившейся профессиональной деформации, но и на постоянной основе при обучении студентов помогающих профессий, например, врачей.

Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, связана с высокой степенью ответственности за жизнь и здоровье других людей, требует срочного принятия решений,

умения сохранять высокую работоспособность в экстремальных условиях, большого психического напряжения. Поэтому медицинские работники подвергаются наибольшему риску профессионального выгорания, что отрицательно сказывается как на психическом здоровье, так и на исполнении профессиональной деятельности и взаимоотношениях с окружающими.

Последние 20 лет проблема профессионального выгорания широко рассматривается в нашей стране. В частности, в медицине этот вопрос рассматривается через призму практики работы с людьми, имеющими нарушения здоровья разной этиологии. В этой области проводились исследования медицинских работников, работающих в хирургии, в отделениях скорой помощи, с паллиативными больными и детьми-инвалидами.

В настоящее время активно обсуждаются вопросы эмоционального выгорания врачей и медицинских сестер психиатрической службы. Полученные статистические данные указывают на высокий уровень неудовлетворенности профессиональными достижениями среди работников психиатрических учреждений, проявления деперсонализации, снижение способности к эмпатии. Анализ работ показывает, что тема осталась практически не освещенной в области работы медицинских сестер в психиатрии, а именно средний медицинский персонал в основном осуществляет работу с пациентами, и соответственно находится в группе риска.

В работе Уваровой (2012) показано, что психиатрические медицинские сестры являются менее подверженными профессиональной деформации, чем, например, хирургические медсестры. Возможно, это связано с тем, что в психиатрической практике придается особое значение наблюдению, основная цель которого – предотвращение нанесения больными повреждений себе или окружающим. Медсестра должна уметь замечать вербальные и невербальные признаки, указывающие на состояние пациента, регистрировать изменения эмоционального фона.

В работе Е.Ю. Лазоревой и Е.Л. Николаевой (2013) показана зависимость выраженности профессионального выгорания от стажа работы в ПНИ. Авторы показывают, что группа со стажем менее 10 лет более подвержена эмоциональному истощению и деперсонализации, что связано с потерей интереса к работе, грубостью с пациентами, цинизмом. В то же время в группе медсестер со стажем выше 10 лет наблюдается снижение характеристик эмоционального выгорания, и в то же время рост ощущения профессиональной некомпетентности.

В работе И.В. Арлукевич (2013), проведенной в больнице им. Алексеева, показано, что синдром профессионального выгорания формируется длительно и особенно выражен у тех медицинских сестер, кто имеет значительный стаж работы (20-30 лет). В таком возрасте специалист обычно имеет достаточно опыта, чтобы качественно выполнять свои служебные обязанности, но также приобретенный опыт связан с дополнительными возрастными перестройками организма и личностным переживанием предпенсионного возраста.

Таким образом, для сохранения профессионального здоровья в психиатрии необходимо предпринимать меры на всех этапах профессионального роста, нужна профессиональная диагностика и отбор, профессиональный прогноз и мониторинг, профессиональная коррекция и профессиональная поддержка медицинского персонала, а также своевременная профилактика и реабилитация нарушений профессионального здоровья. Проведение Балинтовских групп является традиционным путем преодоления профессионального выгорания медицинского персонала. В то же время в нашей стране он намного менее популярен, чем, например, проведение одноразовых тренингов.

В сентябре 2015 года при содействии и участии Н.Л. Зуйковой (кандидат медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, преподаватель Университета практической психологии), под эгидой ОППЛ был начат большой проект в ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ – мы начали на волонтерской основе ведение БГ с медсестрами. Огромное содействие в этой работе оказал нам главный психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ПКБ № 3, (сегодня главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДМЗ) проф. д.м.н. Г.П. Костюк.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие предварительные выводы:

Среди медицинских сестер психиатрического профиля существует профессиональное выгорание, и сильнее оно выражено у медицинских сестер, имеющих значительный стаж работы. С возрастом возрастает профессиональный опыт, но одновременно возрастает и профессиональная деформация, и становится необходимой проведение работы по ее преодолению. В качестве долгосрочной программы по борьбе с профессиональным выгоранием медицинских сестер мы рекомендуем использовать БГ. Наше исследование показывает, что они эффективно борются с симптомами профессионального выгорания.

Список литературы

1. Александрова Н.В. Психологические проблемы среднего медицинского персонала отделений с длительным и непрерывным пребыванием больных // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – №5(16).
2. Аракулевич И.В. Выгорание среди медицинских сестер психиатрии // Актуальные направления научных исследований XXI века. Теория и практика. 2013. № 2.
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб.: Питер, 1999. – 105с.
4. Винокур В.А. Майкл Балинт, история создания балинтовских групп и международное балинтовское движение // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 3 (20).
5. Винокур В.А. Балинтовские группы в интегративной подготовке и профессиональном усовершенствовании врачей /В.А. Винокур // Интегративная медицина: новая идеология здравоохранения.– СПб.: Речь, 2003. – С.40–42.
6. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
7. Касимовская Н.А. Медико-социальные и профессиональные факторы дезадаптации сестринского персонала: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2008.
8. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии, СПб.: Речь, 2002. – 236 с.

9. Лазорева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психологические особенности эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала психиатрического учреждения // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9.
10. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 528 с.
11. Райкова Е.Ю. Терапия и профилактика профессионального выгорания у представителей помогающих профессий / Е.Ю. Райкова // Молодой ученый. – 2011. – №5. Т.2. – С. 92–97.
12. Руженская Е.В. Профессиональное здоровье медицинского персонала психиатрических учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 4.
13. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / под. ред. В.В. Лукьянова и др. Курск, 2008. – 336 с.
14. Уварова Г.Н. Факторы профессиональной деформации личности в деятельности медсестер различного профиля // Наука и современность. 2012. № 18.

**ПРОГРАММА II МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ
PROGRAMME OF THE 2ND INTERNATIONAL CONGRESS OF HELPING PROFESSIONS**

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан.
ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ.
ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница №1 Минздрава РБ.
ГБУЗ Республиканский наркологический диспансер №1 Минздрава РБ.

При поддержке общественных объединений:

Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига.
Национальная Саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов».
Российское общество психиатров.
Российская наркологическая лига.
Союз охраны психического здоровья.
Ассоциация междисциплинарной медицины.

При участии:

Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования министерства здравоохранения
Российской Федерации.
ФГБУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет».
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М.Акумуллы».

Под патронажем Правительства республики Башкортостан.

II Международный конгресс помогающих профессий

21-23 сентября 2017 года
Уфа, Республика Башкортостан

Место проведения Конгресса: конференц-залы гостиницы «Президент отель» (г. Уфа, ул. Авроры, д.2)

Первый день – 21 сентября 2017 года, 9.00-16.00

Состоится пленарное заседание, выставка, посещение ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан. С 20-00 – товарищеский ужин для психотерапевтов и их друзей в ресторане «Премьер» гостиницы «Президент Отель» (г. Уфа, ул. Авроры, 2).

Второй день – 22 сентября 2017 года, 9.00-18.00

День будет посвящен секционным заседаниям и сателлитным симпозиумам. С 18.00 – культурная программа в рамках конгресса.

Третий день – 23 сентября 2017 года, 9.00-17.00

День будет посвящен секционным заседаниям, круглым столам, дискуссии.

Организационный комитет

Председатель:

Сагитов С.Т. , Заместитель Премьер-министра Правительства Республики.

Заместитель председателя:

Гарифуллина З.Н. , Директор Департамента социальной политики Аппарата Правительства Республики Башкортостан

Со-председатели:

Брюн Е.А., д.м.н., профессор, Главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, директор ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», заведующий кафедрой наркологии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования, Президент Общероссийской наркологической лиги.

Данилов А.Б. , д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ФППОВ ФГБОУ Первого МГМУ им И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, исполнительный директор Ассоциации междисциплинарной медицины.

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

Незнанов Н.Г., д.м.н., профессор, директор Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Президент Российского общества психиатров, Главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP, Вена), Заслуженный деятель науки РФ.

Треушников Н.В. Президент Союза охраны психического здоровья.

Цыганков Б.Д., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки, лауреат, премии Правительства РФ в области науки и техники, главный внештатный специалист-психиатр МЗ РФ по Центральному федеральному округу.

Со-председатели локального оргкомитета

Адгамов М.Х., заместитель главного врача ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ.

Евтушенко Е.М., заместитель главного врача ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ.

Тимербулатов И.Ф., д.м.н., профессор, Главный специалист психотерапевт Минздрава РБ, главный врач ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ, заведующий кафедрой психотерапии с курсом ИДПО БГМУ.

Основные темы Конгресса:

Клинико-возрастные особенности психолого- психотерапевтической, психиатрической и наркологической помощи.

Образование в области неврологии, психиатрии, наркологии, психотерапии, психологии, социальной работы. Супервизия, личная терапия и познание границ собственной личности.

Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации в психиатрии и наркологии

Межведомственное взаимодействие при оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях.

Вопросы профилактики суицидального поведения с позиции биопсихосоциодуховной парадигмы.

Психогигиена и психопрофилактика как необходимое условие укрепления общественного психического здоровья.

Межведомственное взаимодействие и интеграция в диагностике и лечении психических расстройств пожилого и старческого возраста

Психотерапия детей и подростков с психическими и неврологическими заболеваниями

Биологические методы терапии психических расстройств: новые горизонты

Экзогенно-органические психические расстройства и эпилепсия.

Взаимодействие профессионального сообщества с общественными организациями пациентов с психическими и поведенческими расстройствами и их родственников.

Вопросы развития образовательных, научных, методологических, организационных основ современной психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

Новые подходы к лечению пациентов с пограничными психическими расстройствами (комплексное применение медикаментозного лечения, психотерапии, психологической коррекции)

Интегративные тенденции в психиатрии, психотерапии и психологии

Доказательные исследования эффективности методов, применяемых в психотерапии и психологической коррекции

Клиническая психология и психотерапия

Актуальные проблемы клинической психодиагностики

Этико-правовые аспекты в психотерапии и клинической психологии.

Пути и тенденции саморегулирования в области психотерапии и психологии.

Актуальные проблемы соматопсихических и психосоматических соотношений в этиопатогенезе, течении и прогнозе психической и сомато - неврологической патологии.

АННОТИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

21 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 10.00-16.00

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Брюн Евгений Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, Главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист-нарколог Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», заместитель председателя Совета по проблемам профилактики наркомании Совета Федерации Российской Федерации, заведующий кафедрой наркологии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования, председатель ученого совета ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Президент Общероссийской наркологической лиги. Россия, Москва.

Агибалова Татьяна Васильевна – доктор медицинских наук, руководитель отделения психотерапии, психологии и реабилитации ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». Россия, Москва.

В докладе анализируются генетические, врожденные, социальные, культурные факторы риска формирования зависимого поведения. Современная наркология признает полиэтиологичность или био-психо-социальную природу заболеваний, связанных с зависимостью. Одновременно с этим необходимо учитывать, что у большинства больных в случаях формирования ремиссии и остановки болезненного процесса остается сумма предрасполагающих факторов, т.е. сохраняется патологическое состояние, что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения, с одной стороны, и медико-психологической, медико-социальной, профессиональной, юридической, социо-культурной реабилитации при координирующей роли медицины. В связи с этим, обсуждаются необходимые усилия профилактики, лечения и реабилитации зависимостей.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ: УМНАЯ И ЗДОРОВАЯ СРЕДА

Данилов Алексей Борисович – доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней ИПО Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, исполнительный директор Ассоциации Междисциплинарной Медицины. Россия, Москва.

В докладе проанализированы причины роста распространенности психоневрологических, психосоматических заболеваний у офисных работников. Офисный синдром — сложный комплекс симптомов, включающий в себя нарушения, которые проявляются в различных органах и системах, и развивающийся у офисных служащих в связи с воздействием на них вредных факторов окружающей рабочей (офисной) среды. Важную роль в нём занимает эмоциональное выгорание.

В качестве решения проблемы предлагается междисциплинарная программа интервенции «корпоративное здоровье», разработанная ведущими экспертами Ассоциации Междисциплинарной Медицины с учетом специфических особенностей офисной культуры. Программа одновременно направлена на сохранение и укрепление здоровья, повышение мотивации и производительности труда офисных работников. Ключевым элементом программы является методология стресс менеджмента, представляющая собой комплекс психофизиологических и психотерапевтических воздействий, коррекции офисной среды.

АКТУАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ ЭПОХИ И ОТВЕТ ПРОФЕССИОНАЛОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Макаров Виктор Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, действительный член и Президент ОППЛ и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», Вице-Президент Всемирного Совета по психотерапии, психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы и Единого Всемирного реестра профессиональных психотерапевтов. Россия, Москва.

В докладе перечисляются основные с позиции автора, наиболее актуальные вызовы эпохи. В их числе: остановка естественного отбора, ослабление регулирующего влияния инстинктов, разрушение принадлежности к полу, новые пути зачатия и рождения детей, разрушение института семьи, рост религиозного фундаментализма и социальные эпидемии, в том числе суицидов и изменения пола. К помогающим специалистам в области психического здоровья и психологического благополучия относятся: психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи, социальные работники, социальные педагоги. Психотерапевт – единственный профессионал, видящий человека, семью, группу целиком, в единстве их био-психо-социо-духовной организации, исходя из четырёхчастной модели, рассматривающей помощь человеку, семье, группе, обществу в целом.

Ключевые слова: вызовы эпохи, помогающие специальности, психотерапевтическая помощь

БОЛЕЗНИ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Незнанов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Президент Российского общества психиатров, Главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии

Росздравнадзора, Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP, Вена), Заслуженный деятель науки РФ. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе представлены модели возникновения болезней, анализ внешних и внутренних причин, в частности, таких, как образ жизни, обуславливающих возникновение патологических состояний. Проиллюстрирована роль тревожных и депрессивных расстройств как факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХИКЕ

Решетников Михаил Михайлович – доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа. Россия, Санкт-Петербург.

В статье рассматриваются традиционные представления о связи психической деятельности и мозговой активности, и развивается предложенная автором ранее (2008) гипотеза о мозге, как биологическом интерфейсе. Анализируются и обобщаются подходы к исследованиям психики в физиологии, психологии, психотерапии и психиатрии, а также то, как эти подходы проецируются в терапию пациентов с психическими расстройствами. В качестве двух основных моделей психических расстройств автором предлагается более четкое разделение органической (мозговой) патологии и собственно психических расстройств, возникающих на основе информационного (нематериального) воздействия не на мозг, а на психику. Приводится обоснование различий в нервном и психическом функционировании организма и личности, где разумная деятельность рассматривается как приобретаемая (программируемая) функция, формирующаяся в социальной информационной среде. Ставится вопрос о том, на что направлено психофармакологическое воздействие?

Пресс-подход 10.50
Кофе-брейк, 11.00-11.30

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Цыганков Борис Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки, лауреат, премии Правительства РФ в области науки и техники, главный внештатный специалист-психиатр МЗ РФ по Центральному федеральному округу.

В докладе рассматриваются особенности и сравнительные характеристики различных подходов к лечению шизофрении, обсуждаются предпосылки к формированию персонифицированной психофармакотерапии шизофрении.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИИ В ОБОСНОВАНИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Тхостов Александр Шамилевич – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Президент Московского психоаналитического общества, Член Президиума и руководитель секции «Клиническая психология» Российского психологического общества. Россия, Москва.

1. Может ли существовать непсихологическая психотерапия?
2. Что же на самом деле делает психотерапевт?
3. Колдун и его магия в современном контексте.
4. Конфликт интересов в психотерапевтической практике.

ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ В ПСИХИАТРИИ

Бородин Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, вице-Президент Союза охраны психического здоровья (СОПЗ). Россия, Москва.

Психиатрия на протяжении всей своей истории развивается на острие глобальных гуманитарных проблем – субъекта и человечества. С одной стороны, ее рождение в качестве медицинской дисциплины было связано с освобождением психически больных от цепей, а с другой, – она до сих пор нередко сочетается в общественном сознании с нарушением личных прав и свобод психически больных и их стигматизацией. Такие понятия, как «карательная психиатрия» и «антипсихиатрия» общеизвестны. В настоящее время эффективное психиатрическое лечение и психосоциальная реабилитация людей с психическими расстройствами практически невозможны без учета добровольности и информированности согласия пациента с любым видом предлагаемой ему помощи. При этом, все более опираясь в своей деятельности на сообщество и общество в целом, психиатрия вынуждена учиться достойно отвечать на постоянно растущий с их стороны гуманитарный запрос.

ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ. ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Курпатов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор, Президент Профессиональной Медицинской Психотерапевтической Ассоциации, главный внештатный специалист психотерапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профессор кафедры клинической медицины (курс «Психиатрия») Санкт-Петербургского медико-социального института, заведующий психотерапевтическим центром СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер 7 (со стационаром)», заведующий психотерапевтическим отделением СПб ГАУЗ «Городская поликлиника № 81» (Максимилиановская). Россия, Санкт-Петербург.

Современная организация помощи больным с психическими и психосоматическими заболеваниями должна обеспечивать доступность, качество и безопасность медицинской помощи, а также расширение амбулаторной помощи, развитие просвещения по вопросам психического здоровья. По объединенным данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматиков.

Приоритетными становятся амбулаторные психиатрические и психотерапевтические подразделения. Смещая акцент на амбулаторные формы оказания помощи необходимо совершенствовать методологию лечебного процесса, приближая их по эффективности к стационарным технологиям. Эти положения являются важным обоснованием для изменения подходов к организации психотерапевтической помощи. Такой стационарзамещающий подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчетливые экономические преимущества.

Основными задачами в организации помощи больным с психосоматическими расстройствами являются: а) активное использование психофармакотерапии и психотерапии в помощи больным с психосоматическими заболеваниями в амбулаторных и стационарных условиях; б) внедрение мультидисциплинарных бригадных форм для лечения и реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами. Мультидисциплинарная бригада включает в свой состав врача общесоматического профиля, психотерапевта, клинического психолога и специалиста по социальной работе.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Караваяева Татьяна Артуровна – доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева" Минздрава России. Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются основные проблемы оценки эффективности психотерапии. Приводятся критерии, позволяющие рассматривать психотерапию с позиции доказательной медицины. Обсуждаются современные требования к проведению научных исследований в данной области. Проводится сравнительный анализ возможности оценки эффективности различных психотерапевтических методов.

ОТКРЫТОЕ МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРОЦЕССОВ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. РЕАЛИЗУЕМЫЙ ИНИЦИАТИВНЫЙ ПРОЕКТ

Тукаев Рашид Джаудатович – доктор медицинских наук, психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, сотрудник Московского НИИ психиатрии - филиала ФГБУ "ФМИЦПН" Минздрава России. Россия, Москва.

В последнее десятилетие нами разработана и внедрена в практику методика когнитивно-ориентированной психотерапии (КОПТ) тревожных расстройств, ее клиническая эффективность подтверждена в доказательном формате. КОПТ близка позитивному клинико-психологическому, психотерапевтическому подходу, включает эффект «полноты осознания». Методика содержит психообразовательный, когнитивно-каузально-ориентированный компоненты и методику универсальной гипнотерапии. Обучение КОПТ в последние годы прошло более 60 психотерапевтов, клинических психологов в России, около 15 врачей, психологов во Франции.

На базе МНИИП доработан и внедрен нами дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой, с необходимым документальным, программно-методическим сопровождением.

Результативность КОПТ у обученных специалистов ряда психотерапевтических центров, наряду с наличием практически ориентированного исследовательского доказательного дизайна, определили запрос на организацию и координацию доказательного мультицентрового исследования эффективности КОПТ и иной психотерапии тревожных расстройств. Реализация запроса поставила задачу методического и идеологического плана - построения открытого мультицентрового сравнительного контролируемого исследования эффективности, процессов и механизмов психотерапии тревожных расстройств, реализуемого в инициативном формате.

Проект стартовал в 2016 году. Цели и задачи участников проекта концентрируются вокруг обеспечения результативных исследований эффективности психотерапии на основе общей идеологии и методологии, но различаются по степени вовлеченности в общую задачу, - от решения частных вопросов, до полного участия.

ПОМОЩЬ БЕЗ ДРАМЫ – КАК ИЗБЕЖАТЬ «ИГРЫ В ПОМОЩЬ»

Миливоевич Зоран – доктор медицинских наук, профессор Международной Академии транзакционного анализа (Любляна, Словения), Президент Сербского союза ассоциаций психотерапевтов. Сербия, Белград.

Каждому профессионалу в сфере помогающих профессий важно уметь отличать «помощь» от «спасения». В 1968 г. Стивенем Карпманом была разработана концепция «Драматического треугольника», объясняющая социальную и психологическую динамику между тремя архетипическими ролями: Преследователем, Жертвой, Спасателем. Данная концепция легла в основу анализа игр в Транзактном анализе.

«Игра в помощь» – это ситуация, в которой профессионал начинает спасать клиента вместо предоставления ему профессиональной помощи. Подобное может вылиться в переключение ролей, в котором Спасатель становится Преследователем, и в конечном итоге оказывается в роли Жертвы. Иногда подобное явление зовется «синдромом раненного целителя».

В докладе будет раскрыто понятие «контракта о помощи», будут представлены некоторые практические идеи о том, как избежать попадания в роль «спасателя».

Перерыв, 14.00-15.00

ИНСТИТУТ ЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ОТЕЧЕСТВЕННОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СООБЩЕСТВЕ

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

Личная терапия (синоним тренинговая терапия, учебная терапия, самопознание для психотерапевтов, личностная терапия) – это вид комплексного психотерапевтического процесса, направленного на познание личности представителя помогающих профессий, повышения качества его работы и профилактики профессионального «выгорания». В докладе будут освещены основные направления формирования полимодальной модели личной терапии и института супервизии для личных терапевтов. Будут разобраны современные стандарты понимания практики и теории личной терапии. Автор осветит особенности работы с представителями помогающих профессий и представит новейшую концепцию подготовки личных терапевтов.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА, КОМПЛЕМЕНТАРНЫЕ ПРАКТИКИ И ГИПНОЗ

Изабель Селестин-Лопито – директор Французского института психотелесных практик (IFPPC), глава дипломных проектов в области психотелесных практик и интегративных исследований здоровья Университетов Париж-Сюд и Реюньон, глава дипломных проектов в области гипноза и анестезии Университета Париж-Сюд, психолог и психотерапевт Центра оценки и лечения боли Университетского госпиталя Бисетре, Париж, Президент ассоциации «Терапия здесь и везде» («Thérapies d'Ici et d'Ailleurs»). Франция, Париж.

Возрастающее число организаций и учреждений в мире предлагают пациентам при оказании помощи разнообразные психотелесные практики, что способствует развитию полностью интегративной медицины. Одновременно пациенты самостоятельно используют подобные практики и сочетают их все чаще, особенно в случаях, когда симптомы становятся хроническими.

Данное обстоятельство побудило меня создать несколько лет назад центр для освоения комплементарных методов терапии в интегративной перспективе, гипноз в которой занял свое место во Французском Институте Психотелесных Практик в Париже.

В докладе на основе полученного опыта, мы оценим: как гипноз входит в данное интегративное движение, место гипноза в оказании помощи при боли и страдании пациентов, его значение для специалистов в области здоровья, интерес для пациента и для обучающего в научении самогипнозу.

ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ В АСПЕКТЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ НОРМ И МЕДИАЦИИ

Лаврова Нина Михайловна – генеральный директор Центра системного консультирования и обучения «SYNERGIA», заведующая кафедрой медиации и разрешения конфликтов Института практической психологии ИМАТОН, действительный член и руководитель комитета по медиации Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, председатель Наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов» психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются этико-правовые нормы в сфере помогающих профессий, возможности саморегулирования в профессиональной деятельности и медиации как экологичного способа урегулирования споров при участии независимого посредника (медиатора). Медиация содействует развитию партнерских деловых отношений и формированию этики делового оборота, гармонизации социальных отношений (ст.1, 193-ФЗ РФ), в докладе перечисляются основные с позиции автора, наиболее актуальные модели медиации, применяемые в сфере помогающих профессий. Медиативные компетенции необходимы для помогающих специалистов в области психического здоровья и психического благополучия, это создает безопасную развивающую среду для помощи человеку, семье, группе, обществу в целом.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПФО (на примере психотерапевтической службы Республики Башкортостан)

Тимербулатов И.Ф. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии с курсом ИДПО ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, главный врач ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, главный специалист психотерапевт Минздрава республики Башкортостан.

В докладе представлен опыт организации психотерапевтической службы в республике, организационно и методически отличающейся от существующих в Российской Федерации психиатрических подразделений.

22 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00
Зал "Президент"

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ПЕРСониФИЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ФГБОУ ВЛ «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, Санкт-Петербург.

Доклад посвящен современным подходам к терапии депрессии, представления о механизмах и биомаркерах при депрессивных расстройствах

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Юлдашев Владимир Лабиевич - профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, Уфа.

Современные биологические исследования шизофрении развиваются одновременно с фундаментальными исследованиями центральной нервной системы. Несмотря на серьезные успехи, достигнутые нейробиологией, проблема шизофрении еще далека от разрешения, и в этой области ведутся интенсивные исследования во многих странах мира. На основе достижения нейробиологии предпринимались и предпринимаются многочисленные попытки их интеграции с клиническими исследованиями шизофрении. Ведется активный поиск биомаркеров шизофрении, которые помогли бы выявить людей с высоким риском заболевания. Меняется парадигма психофармакотерапии от купирования психомоторного возбуждения, агрессивного поведения больных шизофренией к улучшению их качества жизни, когнитивных возможностей и социальной адаптации.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

Пермякова Ольга Алексеевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, Уфа.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Гареева Анна Эмировна - кандидат медицинских наук, доктор биологических наук, старший научный сотрудник Института биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, Россия, Уфа.

В докладе представлены результаты самых последних мировых исследований в области изучения генетических факторов в развитии шизофрении, включая эпигенетические, полногеномные ассоциативные исследования, секвенирования нового поколения.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: РОЛЬ ПЛАЦЕНТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ.

Власова Наталья Александровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, Уфа.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КРИМИНАЛЬНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ, ОСУЖДЕННЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ В СЛЕДСТВЕННОМ ИЗОЛЯТОРЕ

Рафикова Маргарита Фаритовна- психолог психологической лаборатории Федерального Казенного Учреждения Следственный изолятор №2 Главного Управления Федеральной Службы Исполнения Наказаний по Челябинской области, старший лейтенант внутренней службы. Россия, Магнитогорск.

В докладе рассматриваются особенности распространения криминальной субкультуры в среде подростков, содержащихся под стражей в следственных изоляторах. Обсуждается разработанная психологами комплексная программа профилактики криминальной зараженности, результаты ее практического применения, основные проблемы, с которыми столкнулись специалисты.

Кофе-брейк 11.00-11.30

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЦЕБО-ФЕНОМЕНА В ТЕРАПИИ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии Института психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М.Танка, Зав. отделением клинической психофармакологии, Национального научного центра наркологии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России», Россия, Москва.

В докладе рассматривается плацебо-эффект, который является сложным психосоматическим феноменом, включающим психические (сознательные и бессознательные) и физиологические нейромедиаторные, эндокринные и иммунологические гомеостатические процессы, требующие своего дальнейшего изучения. Обсуждается методология и практика использования плацебо-феномена в лечении химических аддикций.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ В ПЕРВЫЕ 45 ДНЕЙ

Борисова Светлана Николаевна - старший преподаватель ГОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», клинический психолог ГБУЗ Пермский Краевой клинический наркологический диспансер».

В докладе рассматриваются особенности протекания синдрома отмены синтетических психостимуляторов у лиц, страдающих химическими зависимостями. Описываются и анализируются клинические и психологические особенности реабилитантов, принципы отбора психокоррекционных методик и мероприятий, включаемых в реабилитационный процесс в рамках государственного медицинского учреждения.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

Асадуллин Азат Раилевич - кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, Уфа.

В докладе проведен анализ предрасположительно-факторов зависимой личности; представлены особенности клиники зависимости от новых видов наркотических веществ и ее соответствия структуре БНС; предложена и сформирована концепция молекулярно-генетического полигенного профиля (генопрофиля) зависимого от СК индивида.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПОТРЕБЛЕНИЮ ПОДРОСТКОВ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Ахметова Эльвина Аслямовна – ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России. Россия, Уфа.

В докладе освещается тема предпосылок, способствующих употреблению новых синтетических дизайнерских наркотических средств, в частности, группы СКБ (спайсы).

СИНТЕТИЧЕСКИЕ ТРИПТАМИНЫ

Анцыборов Андрей Викторович – врач Медицинского центра «Мобильная медицина», Россия, Ростов-на-Дону.

В докладе освещена классификация триптамина, основанная на химической структуре.

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

Кузеева Ирина Рауфовна – заведующий психотерапевтическим отделением ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница №1 Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Широкая распространенность и тяжесть клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств среди 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 № 1 МЗ РБ 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, ГУФСИН 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.

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

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ.

Бакиров Линар Рифкатович – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсами ИДПО ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России. Россия, Уфа.

Перерыв, 14.00-15.00

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОЙ ПАРАДИГМЫ

15.00-16.20

О РАЗРАБОТКЕ ПОДПРОГРАММЫ «ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ И ИНЫХ ФОРМ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ» ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН»

Адгамов Марат Хаерзаманович – заместитель главного врача ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

В докладе освещена необходимость разработки государственной программы «Обеспечение общественной безопасности в Республике Башкортостан» подпрограммы «Профилактика суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения. Целью подпрограммы является снижение уровня суицидов в Республике Башкортостан к 2020 году на 15% по сравнению с 2014 годом. В качестве задач подпрограммы определены: организация системы профилактики суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения, повышение эффективности оказания специализированной психологической, психотерапевтической и наркологической помощи населению в Республике Башкортостан.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Евтушенко Елена Михайловна - заместитель главного врача ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, ассистент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, Уфа.

В докладе представлен анализ распространенности завершенных суицидов и суицидальных попыток в детской популяции в республике Башкортостан, сопоставлены эпидемиологические, клинические и социально-психологические характеристики детей и подростков, совершивших завершённые суициды и суицидальные попытки, предложены направления дифференцированной профилактики суицидального поведения детского населения Республики Башкортостан.

ПСИХО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЕ.

Ахмадеев Рустэм Раисович – доктор медицинских наук, профессор, ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Нурмухаметова Анжелика Антоновна - директор ГБУ Республиканский молодежный социально-психологический и информационно-методический центр, Россия, Уфа.

В докладе освещены вопросы организации и проведения профилактических мероприятий по профилактике суицидальных тенденция в молодежной среде.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Хуснутдинова Золя Аслямовна - зав. кафедрой охраны здоровья и БЖ БГПУ им. М. Акмулл, Россия, Уфа.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ_ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Тимербулатова Миляуша Фаниловна – заведующий отделением ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Байков Ильгиз Радикович - врач-психиатр ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Клих Татьяна Юрьевна - врач-психиатр ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Хафизова Айгуль Ринатовна - врач-психиатр ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

22 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00

Зал "Канцлер"

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Курпатов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СПбМАП, главный психотерапевт Комитета по здравоохранению СПб. Член правления Российского общества психиатров, Вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, Председатель правления Санкт-Петербургского общества психотерапевтов.

Особенностями современного этапа развития психотерапии являются:

- Распад психотерапии на множество субспециальностей;
 - Определённые сложности внутридисциплинарного взаимодействия в психотерапевтическом процессе врача-психотерапевта с медицинским психологом и специалистом по социальной работе;
 - Психотерапевтическая полипрагмазия;
 - Социальный взрыв альтернативной психотерапии (маги, экстрасенсы);
 - «Размывание границ» психотерапии, путем активного внедрения в практику врачей «психологического подхода» к больному, когда не реализуется нозологический принцип и биологическая терапия;
 - Попытка отрыва психотерапевтического сообщества от психиатрии, подмены понятия психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств психокоррекцией и психологическим консультированием (сопровождением).
- Нередко виды психотерапевтического лечения теоретически слабо обоснованы, недостаточно апробированы и в принципе опасны.

Вышеизложенные проблемы несомненно требуют скорейшего разрешения. при этом первостепенными задачами являются:

- 1) Структурирование функциональных обязанностей врача-психотерапевта как врача, использующего био-психосоциальный подход, руководящего работой полипрофессиональной бригады;
- 2) Разграничение де-юре и де-факто моделей врачебной и психологической психотерапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОУ КАК ФАКТОР УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Бердникова Анна Геннадиевна – кандидат филологических наук, заведующий кафедрой педагогики и психологии ОЦ «Горностай», психолог-педагог высшей категории, Россия, Новосибирск.

Психологическая работа в образовательном учреждении имеет свою специфику:

1. Интегрированность в педагогический коллектив - ограничения и возможности с этим связанные.
2. Размытость должностных инструкций, профстандартов - подводные камни и преимущества.
3. Проектная деятельность - счастливый билет психолога образования.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Сандомирский Марк Евгеньевич - доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги, член-корр. Международной академии психологических наук, преподаватель Института групповой и семейной психотерапии, Россия, Москва.

В докладе рассматриваются основные тенденции формирования потребности в психологической помощи в современном российском обществе. Обоснована целесообразность внедрения новых методов помощи, сочетающих традиции и современность в русле транскультурной интеграции. Описаны принципы интегративной помогающей практики, объединяющей техники телесной осознанности и регрессии на базе метаэкзистенциальной модели.

МЕСТО ПОЛИМОДАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИИ В 4 ЧАСТНОЙ МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Лях Игорь Вячеславович - Врач-психотерапевт, действительный член ОППЛ, психотерапевт единого реестра психотерапевтов Европы, сертифицированный супервизор, председатель Комитета по супервизии ОППЛ, Россия, Новосибирск.

В докладе рассматриваются достоинства 4 частной модели образования психотерапевта, психолога консультанта, практического психолога. Особое место уделяется сочетанию накопления практического опыта и специальных навыков, а также процессам их осмысления молодыми специалистами. Предлагается модель осознанного перехода от компетенций к компетентности на примере работы супервизионной группы отделения психотерапии. Исследуется социальное значение и идентификационный потенциал налаженного процесса супервизирования в образовательном учреждении.

ТРАНСГЕНЕРАЦИОННАЯ ПЕРЕДАЧА ОПЫТА ТРАВМЫ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ

Магизова Гузалия Марсовна – семейный психолог, преподаватель Института консультирования и системных решений (г.Москва). Россия, Уфа.

В докладе рассматриваются трансгенерационные аспекты передачи системного опыта. Дается определение понятию трансгенерационной травмы. Обсуждается позиция консультанта в отношении к системному опыту клиента. Рассматривается понятие лояльности и вины, как регуляторов принадлежности семье. Обсуждается травматический рост личности, как позитивный исход интеграции трансгенерационной травмы семейной системы.

ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РАМКАХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Миренков Валерий Александрович - старший преподаватель кафедры клинической психологии БУ ВО «Сургутский государственный университет», Институт гуманитарного образования и спорта, Россия, Сургут.

В докладе рассматривается опыт применения, структурные компоненты и содержание практикоориентированной модели клинической психологии и психологии развития в профобучении учителей и других специалистов массовых школ для

организации качественного психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями в рамках инклюзивного образования.

Кофе-брейк 11.00-11.30

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Агибалова Татьяна Васильевна – доктор медицинских наук, руководитель отделения психотерапии, психологии и реабилитации ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». Россия, Москва.

В докладе представлен анализ результатов обследования 107 психиатров-наркологов, проведено сравнение с врачами педиатрами и лицами несоциально-медицинских профессий. В результате исследования показано, что степень выраженности синдрома «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов в амбулаторной практике достоверно выше по сравнению с врачами наркологических стационаров. Такие предрасполагающие организационные факторы как «трудный» контингент наркологических больных, низкая заработная плата, большая профессиональная нагрузка, высокая эмоциональная напряженность работы, ощущение «бесперспективности» работы, выявляют достоверные корреляционные связи с высоким уровнем выраженности симптомов «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов амбулаторных наркологических отделений. Врачи психиатры-наркологи стационаров и амбулаторных наркологических отделений достоверно чаще предпочитают такие просоциальные стратегии поведения, как вступление в социальный контакт и поиск социальной поддержки, которые достоверно преобладают над антисоциальными стратегиями – асоциальные и агрессивные действия.

В докладе рассматриваются результаты клинического наблюдения. группы больных с синдромом хронической усталости в процессе предлагаемого алгоритма лечения.

ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ В АСПЕКТЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ НОРМ И МЕДИАЦИИ

Лаурова Нина Михайловна - председатель Наблюдательного совета национальной СРО "Союз психотерапевтов и психологов" генеральный директор Центра системного консультирования и обучения «SYNERGIA», заведующая кафедрой медиации и разрешения конфликтов Института практической психологии ИМАТОН, действительный член и руководитель комитета по медиации Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, председатель Наблюдательного совета Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов» психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, Россия, Санкт-Петербург.

В докладе рассматриваются этико-правовые нормы в сфере помогающих профессий, возможности саморегулирования в профессиональной деятельности и медиации как экологичного способа урегулирования споров при участии независимого посредника (медиатора). Медиация содействует развитию партнерских деловых отношений и формированию этики делового оборота, гармонизации социальных отношений (ст.1, 193-ФЗ РФ), в докладе перечисляются основные с позиции автора, наиболее актуальные модели медиации, применяемые в сфере помогающих профессий. Медиативные компетенции необходимы для помогающих специалистов в области психического здоровья и психического благополучия, это создает безопасную развивающую среду для помощи человеку, семье, группе, обществу в целом.

БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Авагимян Анжела Албертовна - старший преподаватель кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); медицинский психолог ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ; действительный член ОППЛ, тренер национального уровня ОППЛ, сертифицированный психолог-консультант ОППЛ (сертификат Института психосоматики и психотерапии, г. Потсдам, Германия и ОППЛ), руководитель Балинтовских групп (обучение на руководителя БГ проходила в Германии, Великобритании, Санкт-Петербурге), член правления СПб Балинтовского общества, член Балинтовского общества Великобритании. Россия, Москва.

Проведение Балинтовских групп является традиционным путем преодоления профессионального выгорания медицинского персонала, хотя в нашей стране он намного менее популярен, чем, например, проведение одноразовых тренингов. В сентябре 2015 года под эгидой ОППЛ был начат большой проект в Психиатрической клинической больнице номер три им. В.А. Гиляровского. Было проведено исследование эффективности Балинтовских групп и параметров профессиональной деформации медсестер, работающих в психиатрической больнице. Наше исследование показывает, что Балинтовские группы эффективно борются с симптомами профессионального выгорания и могут быть рекомендованы в качестве долгосрочной программы по борьбе с профессиональным выгоранием медицинских сестер.

ВВОДНЫЙ КУРС ПО ЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ

Макарова Екатерина Викторовна – MSc., психоаналитик, руководитель комитета ЦС ОППЛ по личной терапии, сертифицированный личный терапевт ППЛ, аккредитованный супервизор ППЛ, преподаватель ППЛ международного

уровня, председатель международной секции Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, председатель Молодежной Секции ППЛ, председатель молодежной секции Всемирного Совета по Психотерапии, со-основатель интернет портала onlinetherapy24.ru, соискатель докторской степени в университете им. Зигмунда Фрейда (Вена, Австрия).

Личная терапия - (син. тренинговая терапия, учебная терапия, самопознание для психотерапевтов, личностная терапия) это вид комплексного психотерапевтического процесса, направленного на познание личности представителя помогающих профессий, повышения качества его работы и профилактики профессионального «выгорания». В докладе будут освещены основные направления формирования полимодальной модели личной терапии и института супервизии для личных терапевтов. Будут разобраны современные стандарты понимания практики и теории личной терапии. Автор осветит особенности работы с представителями помогающих профессий и представит новейшую концепцию подготовки личных терапевтов.

Перерыв, 14.00-15.00

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПРОЦЕССЕ ЛИЧНОЙ АДАПТАЦИИ

Ростовский Владимир Павлович – кандидат психологических наук, психолог-консультант, Россия, Уфа.

ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Зуйкова Надежда Леонидовна - кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского Университета Дружбы Народов, действительный член ППЛ, председатель правления Межрегиональной общественной организации "Профессиональное медицинское объединение психотерапевтов, психологов и социальных работников" г. Москвы и Московской области (МОП-объединение), член Российского общества психиатров (РОП), член Европейской Ассоциации Транзактного Анализа, член экспертного совета г. Москвы по оказанию психотерапевтической помощи ОМС. Россия, Москва.

В докладе освещается опыт применения психотерапии в клинике психосоматических заболеваний.

БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Авагимян Анжела Албертовна - старший преподаватель кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); медицинский психолог ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ; действительный член ОППЛ, тренер национального уровня ОППЛ, сертифицированный психолог-консультант ОППЛ (сертификат Института психосоматики и психотерапии, г. Потсдам, Германия и ОППЛ), руководитель Балинтовских групп (обучение на руководителя БГ проходила в Германии, Великобритании, Санкт-Петербурге), член правления СПб Балинтового общества, член Балинтового общества Великобритании. Россия, Москва.

Балинтовская группа - метод групповой тренинговой исследовательской работы. Центральный объект исследования в Балинтовой группе – отношения «врач-пациент» («психолог-клиент»). Балинтовская группа может быть использована как инструмент профессионального роста специалистов помогающих профессий, в профилактике профессионального выгорания, сохранении и улучшении здоровья, наконец, долголетия.

22 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00

Зал "Сенатор"

КОУЧ «МИРОВОЕ КАФЕ» - работа с большой группой

Хамитов Габдулла Хамитович - Председатель правления Ассоциации тренеров и консультантов РБ, преподаватель факультета повышения квалификации БАГСУ, визит-тренер "Центра бизнес-образование" (Екатеринбург), "Вектор бизнеса" (Казань), член психологического клуба ИППИ "Иматон" (Санкт-Петербург), член Клуба МООТИК "Интертренинг" (Москва).

Кофе-брейк, 11.00-11.30

семинар СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ СНА

Караваева Татьяна Артуровна – доктор медицинских наук, Заместитель руководителя Центра психического здоровья ГБУ "Санкт-Петербургский Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Рассматриваются следующие вопросы: структура сна и его физиологические функции; классификация и механизмы формирования различных типов нарушений сна; основные общеклинические и инструментальные методы обследования пациентов с нарушениями сна; психологические факторы, влияющие на нарушения сна, основные терапевтические подходы как медикаментозные, так и психотерапевтические.

тренинг ТЕРАПИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Петрушин Сергей Владимирович - доктор психологических наук, профессор Академии Социального Управления (г.Москва), психолог-консультант, психотерапевт, внесенный в единый реестр профессиональных психотерапевтов Европы. Является официальным преподавателем и супервизором практики международного класса Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Специалист по личностному, семейному консультированию.

Перерыв, 14.00-15.00

КРУГЛЫЙ СТОЛ

ПОМОГАЮЩИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В ХХ1 ВЕКЕ

15.00-18.00

МОДЕРАТОРЫ:

Данилов А.Б.
Караваева Т.А.
Макаров В.В.
Цыганков Б.Д.
Решетников М.М.
Курпатов В.И.
Бородин В.И.
Тхостов А.Ш.
Лаврова Н.М.
Яхин К.К.
Карпов А.М.
Тукаев Р.Д.
Игумнов И.С.
Юлдашев В.Л.
Тимербулатов И.Ф.
Байков И.Р.
Валинуров Р.Г.
Новикова Л.Б.
Хох И.Р.

22 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-11.00
Зал "Панорамный" (7 этаж)

СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ PFIZER

ОСТРЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ИНТЕГРАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

Костюкова Елена Григорьевна – доктор медицинских наук, руководитель сектора психофармакотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П. Сербского» Минздрава России. Россия, Москва.

УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ ДЛЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кузнецов Владимир Евгеньевич - Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России.

Кофе-брейк 11.00-11.30

СЕМИНАРЫ

ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОЛОГИИ И ГИПНОТЕРАПИИ

Тукаев Рашид Джаудатович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, сексологии и медицинской психологии РМАПО, Московский НИИ психиатрии - филиал ФГБУ "ФМИЦПН" Минздрава России, Россия, Москва. В докладе дается обзор отечественной и зарубежной практики гипноза.

Семинар по теме НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Бородин Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, вице-Президент Союза охраны психического здоровья (СОПЗ). Россия, Москва.

Перерыв, 14.00-15.00

Мастер-класс «ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Кудрявцева Екатерина Георгиевна - заведующий отделом психологической помощи МБУ ГЦ ПМСС "ИНДИГО", Россия, Уфа.

Гилимшина Людмила Нафисовна – педагог-психолог МБУ ГЦ ПМСС "ИНДИГО", Россия, Уфа.

ТАЙМИНГ

Гилимшина Людмила Нафисовна - педагог-психолог МБУ ГЦ ПМСС "ИНДИГО", Россия, Уфа.

22 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00

Зал "Парламент"

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ШКОЛА ГЛАЗАМИ ПСИХОТЕРАПЕВТА (формирование мотивации к обучению)

Захаров Роман Иванович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Россия, Москва.

ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Малютина Юлия Александровна – магистр психологии, медицинский психолог ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Игра с песком самое древнее занятие человека. Ведь даже для того, чтобы рисовать рисунки на скалах, нужны были подручные средства и навыки. А песок – он повсюду. Взял его в руки, и он уже струится, высыпается, создает фигурки. Свойства песка уводить в землю негативные эмоции и освобождать психику от внутренних конфликтов были замечены психотерапевтами. Известный психотерапевт К.Юнг разработал основы песочной терапии. В настоящее время существует даже такое направление песочной психотерапии – юнгианское. Методы песочной терапии с успехом применяются для детей и взрослых. Психотерапевты, последователи этого метода, организуют специальные группы для тех, кто хочет внести в свою жизнь гармонию, решить внутренние переживания, улучшить свою жизнь и стать счастливее.

На мастер-классе вы познакомитесь с техникой проведения методики в условиях психотерапевтического стационара в индивидуальном формате.

Для кого: психологов, клинических психологов, психотерапевтов, педагогов. Мастер-класс будет состоять из небольшой теоретической части, а так же из практики работы в песке. Мастер-класс рассчитан на 10-12 человек.

ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ К СВОЕЙ ЖИЗНИ (на примере работы лагеря "Артек")

Нурлыгаянова Лариса Разифовна – кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Отличая детской психотерапии от взрослой.

2. Роль дифференциальной диагностики в детской психотерапии .

3. Психосоматические расстройства у детей (ПСР).

4. Семья как психотерапевтическая группа.

5. Меры профилактики возникновения ПСР у детей.

Кофе-брейк, 11.00-11.30

ТРЕНИНГ ПО РАЗВИТИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ИНИЦИАТИВНОСТИ И ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ И СТАРШЕКЛАССНИКОВ «ЭФФЕКТИВНО ОБЩАТЬСЯ, КАК?»

Шурухина Галина Анатольевна - кандидат психологических наук, педагог-психолог ГБУ Республиканский молодежный социально-психологический и информационно-методический центр Министерства молодежной политики и спорта Республики Башкортостан, Россия, Уфа.

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, РОДИТЕЛЬ-ПОМОЩНИК

Чевпечова Наталья Леонидовна – заведующий отделением, врач-психотерапевт ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Галиуллина Насима Валиулловна – заведующий психологической лабораторией, клинический психолог ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Тренинг помогает включить в процесс психотерапии ребенка родителя, в роли "помощника". Родители начинают осознавать, что невротический, психосоматический, поведенческий симптом, который появился у ребенка является отражением дисфункции всей семьи. Знания и навыки, которые приобретают родители на тренинге способствуют выработке адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности в семье и ухода симптома у "идентифицированного пациента". Тренинг может быть полезным всем специалистам, работающим с пациентами - детьми, у которых можно найти психологические корни их физических страданий.

Перерыв, 14.00-15.00

15.00-17.00

Мастер-класс ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Решетников Михаил Михайлович – доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа. Россия, Санкт-Петербург.

22 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 10.00-14.00
ГБУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»
г.УФЫ, РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
ул. Авроры, 16

СЕМИНАР ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Захаров Роман Иванович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Россия, Москва.

23 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00

Зал "Президент"

ГРУППОВОЙ ТРЕНИНГ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ "ЧЕЛОВЕК-ЧЕЛОВЕК"

Юсупова Гузель Робертовна – старший врач ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, врач-психотерапевт высшей категории, Россия, Уфа.

Пермякова Ольга Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, врач-психотерапевт, Россия, Уфа.

Тренинг направлен на сохранение здоровья специалистов помогающих профессий, профилактику эмоционального выгорания, работе с трудным клиентом.

МАСТЕРСКАЯ «МОЯ ПРОФЕССИЯ ГЛАЗАМИ КЛИЕНТА»

Хамитов Руслан Габдуллович - кандидат психологических наук, практикующий психолог, Россия, Уфа.

Данная мастерская будет интересна специалистам оказывающим, либо планирующим оказывать, платные услуги населению. Развитие профессиональной деятельности любого специалиста, на начальном этапе, зависит от его способности ясно донести до своего потенциального клиента, что он собственно ему предлагает. У участников мастерской будет возможность посмотреть на свою профессиональную деятельность глазами клиента и/или исследовать свои возможности презентации себя и своих услуг.

Перерыв, 14.00-15.00

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФОРМАТЫ НЛП. РАМКА ЖЕЛАЕМОГО

Николаев Юрий Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, Уфа.

23 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00

Зал "Канцлер"

ДЕНЬГИ В РАБОТЕ И ЖИЗНИ ПРОФЕССИОНАЛОВ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Макаров Виктор Викторович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, действительный член и Президент ОППЛ и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов», Вице-Президент Всемирного Совета по психотерапии, психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы и Единого Всемирного реестра профессиональных психотерапевтов. Россия, Москва.

Деньги вновь приковывают наше внимание. Теперь их совсем мало, а то, на что их можно обменять, дорожает на глазах. Деньги дешевеют. А для нас они становятся всё дороже. Денег у нас всё меньше. Мы шли в нашу профессию вовсе не из за денег. Мы настроены на помощь другим людям.

Тренинг даёт понимание и навыки правильного отношения к деньгам, к тому, как их зарабатывать, тратить, сохранять и преумножать. Позволяет осознать, как построить всю свою жизнь в условиях затянувшейся депрессии. Как быть здоровым, успешным и счастливым в наше время бурных перемен!

Кофе-брейк, 11.00-11.30

Мастер-класс ПРИЕМЫ КАТАТОМНО-ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ"

Хох Ирина Рудольфовна - кандидат психологических наук, заведующий кафедрой психологического сопровождения и клинической психологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», Россия, Уфа.

Угнетенность эмоционального состояния пациента с суицидальными намерениями нередко затрудняет специалисту контакт с ним. Относительно новый психологический инструмент метафорические ассоциативные карты помогает не только наладить коммуникацию с пациентом, но и помочь осознать ресурсы для совладания, расширить смысловые горизонты для формирования антисуицидальных факторов. Этому и будет посвящен данный мастер-класс, в рамках которого будут продемонстрированы простые, но эффективные психотерапевтические техники.

Перерыв, 14.00-15.00

БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Агеева Ирина Викторовна – преподаватель Московского института психоанализа, член Международного общества психосоматического акушерства и гинекологии, член Ассоциации междисциплинарной медицины. Россия, Москва.

В докладе рассматривается взгляд на репродуктивную систему как на целостную психосоматическую организацию, реализующую базовые роли, формирующие гендерно-ролевую идентичность - роли "быть женщиной" и "быть матерью". Заболевания репродуктивной сферы отражают как бессознательные психологические стратегии, так и способы избегания реализации этих ролей. Оценив стратегическую модель и определив орган-мишень, можно не только выявить уровень психологического конфликта, но и выстроить перспективы психосоматической терапии.

ТЕЛО ЖЕНЩИНЫ В ЗЕРКАЛЕ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ.

Какимова Радмила Рагилловна. - Региональный руководитель отделения Межрегиональной общественной организации содействия развитию символдрамы — Кататимно-имагинативной психотерапии в Республике Башкортостан, доцент Института кататимно-имагинативной психотерапии (Германия), Россия, Уфа.

В докладе рассматриваются актуальные вопросы женского здоровья. Рассматриваются психоаналитические аспекты репродуктивной психосоматики. Поднимаются вопросы формирования гендерно-ролевой идентичности. Обсуждаются вопросы влияния на ее формирование семьи, современного общества. Рассматривается место женщины и ребенка в современном обществе. Исследуется проявление конфликта идентичности в формировании образа тела, фантазма о ребенке. Доклад знакомит со стратегиями краткосрочной проблемно-ориентированной психотерапии.

23 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00

Зал "Сенатор"

Мастер-класс "СМЕХОТЕРАПИЯ"

Иванов Сергей Михайлович – медицинский психолог ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Смех – это волны радости, проходящее через наше тело. О том, что смех полезен для здоровья, давно известно, и в наши дни это получило научные подтверждения. Не так давно была создана наука о смехе – гелотология, и ученые разных стран занялись изучением полезных свойств смеха.

Сеанс смехотерапии состоит из определенных этапов, включающих в себя подготовку в виде дыхательных упражнений, психологической подготовки, методических рекомендаций и непосредственного воздействия смехом.

В ходе мастер-класса будет возможность познакомиться с историей возникновения данного метода, с теоретическими аспектами гелотологии - науке о смехе, освоить практические приемы смехотерапии и поучаствовать в групповом занятии.

Кофе-брейк, 11.00-11.30

Мастер-класс "АРТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА МАНДАЛА В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ"

Чудинов Роман Александрович - психолог ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Истоки методики лежат в области аналитической психологии К.Г. Юнга, который впервые отметил терапевтические свойства циркулярных образов. Сама методика была разработана арт-терапевтом Джоанной Келлог и апробировалась в процессе лечения пациентов психиатрических больниц в США. В данном мастер-классе представлена адаптация методики А.И. Копытина.

На мастер-классе вы познакомитесь с техникой проведения методики в условиях психотерапевтического стационара в групповом и индивидуальном формате. Методика может быть полезна при психодиагностике: определении личностных

особенностей пациентов и отслеживании динамики психотерапевтического лечения. Также методика может применяться и как самостоятельный метод психокоррекции в комплексном психотерапевтическом лечении.

Мастер класс рассчитан на психологов, клинических психологов, психотерапевтов, психиатров, социальных работников.

ТРЕНИНГ ПО РАЗВИТИЮ НАВЫКОВ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ «РЕАБИЛИТИРУЕМ СТРЕСС»

Корнилова Наталья Анатольевна - педагог-психолог ГБУ Республиканский молодежный социально-психологический и информационно-методический центр Министерства молодежной политики и спорта Республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Перерыв, 14.00-15.00

КРЕАТИВНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ (ДЕЯТЕЛЬНОСТНАЯ) ТЕРАПИЯ «УРАУ» ПО МОТИВАМ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА «УРАЛ-БАТЫР»

Калимуллин Рустем Галимович – частнопрактикующий психолог, Россия, Уфа.

В докладе освещены психотелесные активности и смыслообразующие продукты творчества башкир. Сочетание ресурсных образов и двигательной активности является сутью интегративной креативно-двигательной терапии, целью которой является достижение синергетического исцеляющего эффекта.

23 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-11.00

Зал «Панорамный» (7 этаж)

9.00-11.00

Мастер-класс ИЛЛЮЗОРНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. ПСИХОДРАМА СО ВЗРОСЛЫМИ ДЕТЬМИ АЛКОГОЛИКОВ

Романова Илона Евгеньевна - кандидат философских наук, доцент, руководитель модальности «Психодрама» ППЛ, психотерапевт Единой Европейской регистрации, официальный преподаватель международного уровня. Россия, Екатеринбург.

Кофе-брейк, 11.00-11.30

МАСТЕР-КЛАСС «ПРОФИЛАКТИКА ОФИСНОГО СИНДРОМА»

продолжительность 2 часа

Ахмадеев Рустэм Раисович – доктор медицинских наук, профессор, ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа..

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГТР

Гулиев Максим Абрекович – заведующий отделением, врач-психотерапевт, ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, ассистент кафедры психотерапии с курсом ИДПО ФГОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России,. Россия, Уфа.

Доклад-презентация рассчитан на врачей всех специальностей и клинических психологов.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ИЗУЧЕНИИ АДАПТИВНОГО ЭФФЕКТА ГИПНОЗА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И ТРЕВОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Срывкова К.А. - м.н.с., Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Перерыв, 14.00-15.00

Мастер-класс «АХИЛЛЕСОВА ПЯТА» НАШЕЙ ДУШИ»

Цыганов Марат Ирикович – заведующий отделением, врач-психотерапевт ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Авдеева Елена Леонидовна – клинический психолог ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Целевая аудитория: психотерапевты, психиатры, клинические психологи, психологи.

Несовершенство есть во всем, особенно это касается людей. Каждый человек имеет свои достоинства и недостатки, свои мысли, тревоги и страхи. Слабости есть у каждого человека и они мешают нам жить. Поэтому безусловно их необходимо знать, чтобы не оказаться в проигрышной ситуации. Несомненно человеческими слабостями являются наши вредные привычки, они создают почву для манипуляций. Манипуляции в общении – один из древнейших способов получения выгоды в той или иной ситуации. Это психологическое воздействие не является плохим или хорошим. Оно зависит только от конечной цели и способов ее достижения. Если человек чувствует, что его сознанием управляют, следует разобраться в том, для чего это нужно и постараться извлечь из нового знания пользу. На мастер-классе вы познакомитесь с самыми распространенными слабостями, научитесь определять их и узнаете способы манипулирования. Методика применяется как самостоятельно так и в комплексной психотерапии.

23 СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА, 9.00-14.00
Зал "Парламент"

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Зуйкова Надежда Леонидовна - кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского Университета Дружбы Народов, действительный член ППЛ, председатель правления Межрегиональной общественной организации "Профессиональное медицинское объединение психотерапевтов, психологов и социальных работников" г. Москвы и Московской области (МОП-объединение), член Российского общества психиатров (РОП), член Европейской Ассоциации Транзактного Анализа, член экспертного совета г. Москвы по оказанию психотерапевтической помощи ОМС. Россия, Москва.
Семинар посвящен психотерапевтическим техникам в клинике психосоматических заболеваний.

Кофе-брейк, 11.00-11.30

Семинар МЕТОДЫ ГЕТЕРОГЕННОЙ И АУТОГЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Ростовский Владимир Павлович - кандидат психологических наук, психолог-консультант, Россия, Уфа.

НЛП В БОЛЬШОЙ ГРУППЕ «ВОСХОЖДЕНИЕ НА ГОРУ СИЛЫ»

Ахметзянов Тимур Узбекович – врач-психотерапевт ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава республики Башкортостан, Россия, Уфа.

Презентация практической ресурс-ориентированной техники в рамках мультимодальной клинической психотерапии. Данная техника направлена на эмоциональную поддержку пациента, смену рамки самовосприятия, расширение представлений о своём телесно-психологическом "Я", энергетическое высвобождение для реализации потенциальных возможностей личности. В результате проведения техники происходит ресурсное насыщение пациента в различных координатах условного личностного телесно-психологического пространства. Тема "Восхождения" является древним человеческим символом расширения сознания, который использовался в различные социальные эпохи. В клинической психологии и психотерапии применение техники в рамках "психосинтеза" со времён Роберто Ассаджолли. В современное время инструментальной техники используется в рамках нейро-лингвистического программирования. Личность пациента вовлекается в психотерапевтический процесс на различных уровнях эмоционально-чувственного и когнитивного восприятия. Это хороший инструмент психотерапевтического вмешательства, который может быть использован в различных контекстах психотерапевтического процесса. Предназначено для врачей-психотерапевтов и клинических психологов, практикующих психологически-ориентированную психотерапию

Перерыв, 14.00-15.00

МАСТЕР-КЛАСС ПО ПЕРЕОЦЕНОЧНОМУ СОКОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ.

Баширова Марина Геннадиевна – психолог-консультант.

Цель: Получение начальных знаний и навыков по данной методике. Самовосстановление и профилактика профессионально выгорания, роль соконсультирования в этом процессе. Стереотипы психологов и врачей. Результаты 25 - летней работы переоценочного соконсультирования в Уфе. Методы: работа с эмоциями.

21 сентября, четверг						
8.00-9.00, регистрация участников Открытие конгресса Конференц-зал "Парламент" (600 мест) 9.00-16.00 Приветствие						
Сагитов С.Т. Мингазов Н.Н.						
Пленарное заседание						
9.10 - 9.30	Агибалова Т.В. ФАКТОРЫ РИСКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ					
9.30-9.50	Данилов А.Б. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ: УМНАЯ И ЗДОРОВАЯ СРЕДА					
9.50-10.10	Макаров В.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ ЭПОХИ И ОТВЕТ ПРОФЕССИОНАЛОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ					
10.10-10.30	Незванов Н.Г., Данилов А.Б., Тимербулатов И.Ф. БОЛЕЗНИ ОБРАЗА ЖИЗНИ					
10.30-10.50	Решетников М.М. ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХИКЕ					
10.50-11.00	Пресс-подход					
11.00 -11.30	Кофе-брейк					
11.30-11.50	Цыганков Б.Д. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ					
11.50-12.10	Тхостов А.Ш. ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИИ В ОБОСНОВАНИИ ПСИХОТЕРАПИИ					
12.10-12.30	Бородин В.И. ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ В ПСИХИАТРИИ					
12.30-12.50	Курпатов В.И. ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ					
12.50-13.10	Караваева Т.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ					
13.10-13.30	Тукаев Р.Д. ОТКРЫТОЕ МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРОЦЕССОВ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. РЕАЛИЗУЕМЫЙ ИНИЦИАТИВНЫЙ ПРОЕКТ					
13.30-13.50	Миливоевич Зоран. ПОМОЩЬ БЕЗ ДРАМЫ - КАК ИЗБЕЖАТЬ "ИГРЫ В ПОМОЩЬ"					
14.00-15.00	Перерыв на обед					
15.00-15.15	Макарова Е.В. ИНСТИТУТ ЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ОТЕЧЕСТВЕННОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СООБЩЕСТВЕ					
15.15-15.30	Изабель Селестин-Лопито ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА, КОМПЛЕМЕНТАРНЫЕ ПРАКТИКИ И ГИПНОЗ					
15.30-15.45	Лаврова Н.М. ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ В АСПЕКТЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ НОРМ И МЕДИАЦИИ					
15.45-16.00	Тимербулатов И.Ф. ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПФО (на примере психотерапевтической службы Республики Башкортостан)					
16.00-20.00						
Посещение Республиканского клинического психотерапевтического центра Минздрава Республики Башкортостан.						
20.00	20.00 Товарищеский ужин					
22 сентября, пятница						
	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.
	Зал "Президент"	Зал "Канцлер"	Зал "Сенатор"	Зал "Панорамный" (7 этаж)	Зал "Парламент"	ГБУЗ РПЦ
	300 человек.	до 100 человек.	до 50 человек	9.00- 13.30.	600 человек.	10.00-14.00
	9.00. – 14.00	9.00- 13.30.	9.00- 13.30.	9.00- 13.30.	9.00. – 13.30	
	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	ИНТЕГРАТИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ		СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ ПФАЙЗЕР	ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
9.00 - 9.20	Петрова Н.Н. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ	Курпатов В.И. "РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ"	Хамитов Г.Х. КОУЧ «МИРОВОЕ КАФЕ» - работа с большой группой	Костюкова Е.Г. ОСТРЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ИНТЕГРАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ	Захаров Р.И. ШКОЛА ГЛАЗАМИ ПСИХОТЕРАПЕВТА (формирование мотивации к обучению)	
9.20-9.40	Юлдашев В.Л. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	Бердникова А.Г. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОУ КАК ФАКТОР УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ			Малютина Ю.А. ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
9.40-10.00	Пермякова О.А. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.	Сандомирский М.Е. ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ			Нурлыгаянова Л.Р. ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ К СВОЕЙ ЖИЗНИ (на примере работы лагеря "Артек")	

10.00-10.20	Гареева А.Э. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ	Лях. И.В. МЕСТО ПОЛИМОДАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИИ В 4 ЧАСТНОЙ МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА				
10.20-10.40	Власова Н.А. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: РОЛЬ ПЛАЦЕНТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ	Магизова Г.М. ТРАНСГЕНЕРАЦИОННАЯ ПЕРЕДАЧА ОПЫТА ТРАВМЫ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ				Захаров Р.И. семинар ПСИХОТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ
10.40-11.00	Рафикова М.Ф. ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КРИМИНАЛЬНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ, ОСУЖДЕННЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ В СЛЕДСТВЕННОМ ИЗОЛЯТОРЕ	Миренков В.А. ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В РАМКАХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ		Кузнецов В.Е. УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ ДЛЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ		
11.00-11.30	Кофе-брейк					
	КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИИ	СЕМИНАРЫ	СЕМИНАРЫ	Мастер-класс	
11.30-11.50	Игумнов С.А. МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЦЕБО-ФЕНОМЕНА В ТЕРАПИИ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ	Агибалова Т.В. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ				
11.50-12.10	Борисова С.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ В ПЕРВЫЕ 45 ДНЕЙ	Лаврова Н.М. ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИИ В АСПЕКТЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ НОРМ И МЕДИАЦИИ	Караваева Т.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ СНА	Тукаев Р.Д. ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ РОССИЙСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОЛОГИИ И ГИПНОТЕРАПИИ		Шурухина Г.А. Тренинг по развитию социальной инициативности и лидерских качеств у студентов и старшеклассников «ЭФФЕКТИВНО ОБЩАТЬСЯ, КАК?»
12.10-12.30	Асадуллин А.Р. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ	Авагимян А.А. БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИИ				
12.30-12.50	Ахметова Э.А. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПОТРЕБЛЕНИЮ ПОДРОСТКАМИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ	Макарова Е.В. ВВОДНЫЙ КУРС ПО ЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ	Петрушин С. В. тренинг ТЕРАПИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ			Чевпецова Н.Л., Галиуллина Н.В. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, РОДИТЕЛЬ-ПОМОЩНИК
12.50-13.10	Анцыборов А.В. СИНТЕТИЧЕСКИЕ ТРИПТАМИНЫ			Бородин В.И. семинар по теме НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ		

13.10-13.30	Бакиров Л.Р. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ И ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ, ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ.			ЯВЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ		
13.30-13.50	Кузеева И.Р. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ И СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ					
Обед 14.00. – 15.00						
22 сентября, пятница						
	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	
	Зал "Президент"	Зал "Канцлер"	Зал "Сенатор"	Зал "Панорамный" (7 этаж)	Зал "Парламент"	
	15.00-17.00	15.00-17.00	15.00-17.00	15.00-17.00	15.00-17.00	600 человек.
	ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОЙ ПАРАДИГМЫ					
15.00-15.20	Адамов М.Х. О РАЗРАБОТКЕ ПОДПРОГРАММЫ «ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ И ИНЫХ ФОРМ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ» ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН»	Ростовский В. П. ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПРОЦЕССЕ ЛИЧНОЙ АДАПТАЦИИ	КРУГЛЫЙ СТОЛ Помогающие специальности в области психического здоровья и психологического благополучия в XXI веке. МОДЕРАТОРЫ: ДАНИЛОВ А.Б., КАРАВАЕВА Т.А., МАКАРОВ В.В., ЦЫГАНКОВ Б.Д., РЕШЕТНИКОВ М.М., КУРПАТОВ В.И., БОРОДИН В.И., ТХОСТОВ А.Ш., ЛАВРОВА Н.М., ЯХИН К.К., КАРПОВ А.М. ТУКАЕВ Р.Д., ИГУМНОВ И.С., ЮЛДАШЕВ В.Л., ТИМЕРБУЛАТОВ И.Ф., БАЙКОВ И.Р., ВАЛИНУРОВ Р.Г., НОВИКОВА Л.Б., ХОХ И.Р.	Кудрявцева Е.Г., Гилимшина Л.Н., Мастер-класс «ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ		Решетников М.М. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ
15.20-15.40	Евтушенко Е.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	Зуйкова Н.Л. ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ				
15.40-16.00	Ахмадеев Р.Р. ПСИХО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЕ	Авагимян А.А. МАСТЕР-КЛАСС БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ				
16.00-16.20	Нурмухаметова А.А. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ					

16.20-16.40	Хуснутдинова З.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДИ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	ПРОФЕССИЙ					
16.40-17.00	Тимербулатова М.Ф. "СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ- ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТИ						
17.00-17.20	Байков И.Р. СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ						
17.20-17.40	Клих Т.Ю. МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ						
17.40-18.00	Хафизова А.Р. СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ						
23 сентября, суббота							
	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.	Секционное заседание.		
	Зал "Президент"	Зал "Канцлер"	Зал "Сенатор"	Зал "Панорамный" (7 этаж)	Зал "Парламент"		
	300 человек.	до 100 человек.	до 50 человек	30 человек	600 человек.		
	9.00. – 14.00	9.00. – 14.00	9.00. – 14.00	9.00. – 14.00	9.00-14.00		
	Юсупова Г.Р., Пермьякова О.А., ГРУППОВОЙ ТРЕНИНГ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ "ЧЕЛОВЕК-ЧЕЛОВЕК"	Макаров В.В. ДЕНЬГИ В РАБОТЕ И ЖИЗНИ ПРОФЕССИОНАЛОВ ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	Иванов С.М. Мастер-класс "СМЕХОТЕРАПИЯ"	Романова И.Е. Мастер-класс ИЛЛЮЗОРНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. ПСИХОДРАМА СО ВЗРОСЛЫМИ ДЕТЬМИ АЛКОГОЛИКОВ	Зуйкова Н.Л. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ		
9.00-9.30							
9.30-10.00							
10.00-10.30							
10.30.-11.00							
11.00-11.30	Кофе-брейк						
11.30-12.00	Хамитов Р.Г. МАСТЕРСКАЯ «МОЯ ПРОФЕССИЯ ГЛАЗАМИ КЛИЕНТА»	Хох И.Р. Мастер-класс ПРИЕМЫ КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ"	Чудинов Р.А. Мастер-класс "АРТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА МАНДАЛА В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ"	Ахмадеев Р.Р. Мастер-класс "ПРОФИЛАКТИКА ОФИСНОГО СИНДРОМА"	Ростовский В.П. МЕТОДЫ ГЕТЕРОГЕННОЙ И АУТОГЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ		
12.00-12.30							
12.30-13.00							
13.00-13.30					Корнилова Н.А. Тренинг по развитию навыков стрессоустойчивости и саморегуляции «РЕАБИЛИТИРУЕМ СТРЕСС»	Гулиев М.А. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГТР	
13.30-14.00						Срывкова К.А. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ИЗУЧЕНИИ АДАПТИВНОГО ЭФФЕКТА ГИПНОЗА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И ТРЕВОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ	Ахметзянов Т.У. НЛП В БОЛЬШОЙ ГРУППЕ, ВОСХОЖДЕНИЕ НА "ГОРУ СИЛЬ"

Обед 14.00. – 15.00					
15.00-15.30	Николаев Ю.М. Мастер-класс «ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФОРМАТЫ НЛП. РАМКА ЖЕЛАЕМОГО»	Агеева И.В. БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	Калимуллин Р.Г. КРЕАТИВНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ (деятельностная) ТЕРАПИЯ «Урау» ПО МОТИВАМ БАШКИРСКОГО НАРОДНОГО ЭПОСА «Урал-Батыр»	Цыганов М.И., Авдеева Е.Л. Мастер-класс «АХИЛЛЕСОВА ПЯТА» НАШЕЙ ДУШИ»	Баширова М.Г. Мастер – класс по переоценочному соконсультированию для психологов, психотерапевтов, психологов и врачей.
15.30-16.00		Каюмова Р.Р. ТЕЛО ЖЕНЩИНЫ В ЗЕРКАЛЕ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ			
16.00-16.30					
16.30-17.00					