

массовая диагностика РПП в школах, более реалистичный образ женщины в рекламе, изменение политики социальных сетей и так далее.

Заключение. Таким образом, существует несколько методов профилактики РПП с подтвержденной эффективностью. Более широкое применение этих методов на практике, а также более подробное их изучение, включая измерения эффективности русскоязычных адаптаций, помогут снизить распространенность расстройств пищевого поведения и предотвратить морально-психологический, социальный, экономический ущерб, связанный с этими заболеваниями.

Литература

1. Шлойдо Д.Е. Профилактика расстройств пищевого поведения: обзор программ с подтвержденной эффективностью // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 3. С. 56–69.
2. Dakanalis A., Clerici M., Stice E. Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions // Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2019. Vol. 24. №. 4. P. 597-603
3. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors // Current opinion in psychiatry. 2016. Vol. 29. №. 6. P. 340-345
4. Taylor C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women // Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63. №. 8. P. 881-888
5. Wilksch, S. M. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart // Early intervention in psychiatry. 2015. Vol. 9. №.1. P. 21-28
4. Taylor C. B. et al. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women // Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63. №. 8. P. 881-888
6. Руководство по проведению адаптированной версии Media Smart на русском языке -
7. <https://www.dove.com/ru/DSEP/school-workshops-on-body-image-confident-me.html>
8. Руководство по проведению программы Body Project на русском языке –
9. <https://www.dove.com/ru/DSEP/self-esteem-resources-for-youth-groups.html> («Откровенный разговор»)

РАЗДЕЛ 10. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАКОПИТЕЛЬСТВО: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ

ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Бауэр Е.А.

Медицинский центр доктора Кауша, Кельн, Германия

rsmirr@mail.ru

Ключевые слова: патологическое накопительство, МКБ-11, критерии и методы диагностики, психотерапия.

COMPULSIVE HOARDING: SOME ASPECTS OF DIAGNOSIS AND PSYCHOTHERAPY

Bauer E.A.

Dr. Kausch'S Medical Center, Cologne, Germany

rsmirr@mail.ru**Keywords:** compulsive hoarding, ICD-11, criteria and methods of diagnostics. psychotherapy.

Диагноз «патологическое накопительство» включен в Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11). В отличие от МКБ-10 речь идет о самостоятельном диагнозе в разделе «Обсессивно-компульсивные или связанные расстройства» (код 6B24). При этом различают «Патологическое накопительство с удовлетворительной или сохранной критичностью» и «Патологическое накопительство со снижением или отсутствием критичности» [7]. Согласно международным метаисследованиям, распространенность данного заболевания, имеющего различные аспекты, как например, собирательство животных, цифровое накопительство составляет 2,5 % [4]. Эта проблема затрагивает часто также семью и окружение человека и нередко приводит к стигматизации. К основным диагностическим критериям диагноза «патологическое накопительство» в МКБ-11 относятся:

1. Накопление вещей из-за их чрезмерного приобретения или трудностей с их выбрасыванием независимо от их фактической ценности.
2. Чрезмерное приобретение характеризуется повторяющимися побуждениями или поведением, связанным с накоплением или покупкой предметов.
3. Сложность выбрасывания характеризуется мыслями о необходимости сохранять предметы и переживаниями при необходимости отказаться от них.
4. Накопление приводит к захламлению жилых помещений до состояния, когда в них становится небезопасно находиться.
5. Симптомы приводят к существенному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования [8].

Что касается коморбидности, то можно выделить расстройства настроения, социальную фобию, генерализированное тревожное расстройство и другие [5]. В отличие от ритуальности при навязчивых состояниях, патологическое накопительство часто связано с положительными эмоциями обладания и собирания предметов.

Для проведения дифференциальной диагностики необходимо рассматривать следующие заболевания и синдромы: деменция; заболевания и травмы головного мозга; генетические

нарушения, например синдром Прадера-Вилли; синдром Диогена; шизофрения; депрессия; биполярное расстройство; ананкастное расстройство личности [3]. Для проведения диагностики используются следующие диагностические инструменты: Hoarding Rating Scale, Clutter Image Scale, Saving Inventory – Revised [1,2].

Одной из моделей, описывающих процесс возникновения патологического накопительства, является мультимодальная когнитивно-бихевиоральная модель, рассматривающая 4 проблемных аспекта, часто приводящих к развитию патологического накопительства: проблемы в обработке информации; дисфункциональные представления о приобретении и хранении вещей; чрезмерная эмоциональная привязанность к вещам и стратегии избегания, например при расхламлении. Именно на этих аспектах и фокусируется эффективная терапевтическая модель Steketee und Frost, состоящая из 26 сессий и рассчитанная на 6 месяцев [5]. Отметим основные этапы и содержание работы с пациентами:

1. работа над проблемами в обработке информации - тренинг планирования и организации, развитие систем сортировки и хранения вещей;
2. изменение чрезмерной эмоциональной привязанности к вещам, проработка причин интенсивной привязанности к ним и систематический тренинг сопротивления желанию приобретать новые вещи;
3. изменение дисфункциональных убеждений о вещах путем когнитивного переструктурирования;
4. ослабление стратегий избегания, например при расхламлении, градуированная экспозиция по отношению к авersiveм чувствам, возникающим при расхламлении.

Данная терапевтическая модель помогает пациентам облегчить симптомы расстройства и улучшить качество жизни. Несмотря на тяжесть данного расстройства и негативные последствия, в том числе для семьи и окружающих, страдающие патологическим накопительством из-за чувства стыда или по незнанию существующих способов психотерапевтического лечения часто не обращаются за помощью к специалисту. Поэтому очень важна поддержка и помощь близких и применение эффективных психотерапевтических методов и подходов при лечении данного расстройства.

Литература

1. Frost, R. O., Steketee, G. and Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1163–1182.
2. Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F. and Renaud, S. (2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 193–203.
3. Külz Anne Katrin (2021). Pathologisches Horten als neue Diagnose in der ICD-11: Charakteristika und Behandlung. *Psychotherapeutenjournal*, ISSN 1611-0773, 16. Juni 2021, 126-133.
4. Postlethwaite, A., Kellett, S. & Mataix-Cols, D. (2019). Prevalence of Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 256, 309–316.
5. Steketee, G. & Frost, R. O. (2014). *Treatment for hoarding disorder. Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

6. Stevens, M. C., Levy, H. C., Hallion, L. S., Wootton, B. M. & Tolin, D. F. (2020). Functional Neuroimaging Test of an Emerging Neurobiological Model of Hoarding Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 5 (1), 68–75.
7. World Health Organization (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision (ICD-11)*, World Health Organization, Geneva.
8. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. - М.: «КДУ», «Университетская книга» - 2022. -432с. -DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0172. ISBN 978-5-91304-985-8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ «ПИКТОГРАММА» ПРИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Горячева Т.Г.^{1,2}

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

goriatcheva_tg@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая коррекция, межполушарное взаимодействие, пиктограмма.

USING THE METHOD PICTOGRAM IN NEUROPSYCHOLOGICAL CORRECTION IN CHILDHOOD

Goryacheva T.G.^{1,2}

¹ FSAEI NE Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

² FSBI NE MSUPE, Moscow, Russia

goriatcheva_tg@mail.ru

Keywords: neuropsychological correction, interhemispheric interaction, Pictogram technique.

Любая психическая деятельность человека осуществляется при участии и взаимодействии разных отделов головного мозга. При этом достаточно важной является связь обоих полушарий мозга. Если эта связь не сформирована или недостаточно сформирована, наблюдаются затруднения с координацией движений, взаимодействием рук и ног (например, при выполнении действий двумя руками, при ходьбе). На более высоком уровне страдает процесс переработки информации, отстают в формировании или не формируются связи между вербальными и невербальными функциями, так как хорошо известно, что у правшей левое полушарие главным образом участвует в реализации речевых процессов, а правое полушарие – в образном восприятии, невербальном мышлении. При этом передние отделы левого

полушария связаны с реализацией произвольной регуляцией деятельности, что позволяет планировать деятельность и вербализовать то, что предстоит выполнить. Участие правого полушария в целостной психической деятельности позволяет осуществить ее, не опираясь на речь, с эмоциональным переживанием действий и деятельности. В классической нейропсихологии известно, что правое полушарие участвует реализации непроизвольного уровня психической активности. При несформированности или нарушении межполушарного взаимодействия связь между речевой и неречевой сферой снижается или осуществляется недостаточно. В этом случае при нейропсихологической диагностике ребенка наблюдается нарушение общей моторной координации, трудности содружественных движений двумя руками и ногами, несформированность реципрокной координации, сложности осознания объектов, попадающих в левое поле зрения (левостороннее игнорирование), трудности осмысления собственных переживаний и, конечно, отчетливое отставание формирования опосредствованной памяти.

С учетом вышесказанного автор предлагает использовать методику «Пиктограмма» в нейропсихологической коррекции для формирования межполушарного взаимодействия у детей наряду с сенсомоторной программой и вербализацией эмоциональных состояний.

В отечественной клинической психологии «Пиктограмма» относится к наиболее широко используемым методикам диагностики опосредствованной памяти, мыслительной деятельности и эмоционально-личностной сферы. Для данной методики характерна многозначность стимульного материала и высокая степень свободы испытуемого в процессе диагностики. Первоначально данная экспериментально-психологическая методика была направлена на изучение опосредованного запоминания. К настоящему времени эта процедура достаточно широко применяется в патопсихологии именно для исследования мыслительной деятельности. Кроме того, в процессе ее проведения можно получить сведения, касающиеся не только особенностей мышления, но и особенностей эмоционально-волевой сферы. Сущность методики заключается в передаче какого-либо вербально обозначенного понятия через его образ, что делает возможным использование ее в нейропсихологической коррекции для формирования межполушарных связей, например, у детей школьного возраста.

Процедура проведения. Ребенку на коррекционных занятиях предлагается запомнить определенное количество слов или выражений от 5 в самом начале коррекционной работы до 10 в конце курса коррекции, при этом для каждого слова нужно нарисовать любое изображение или знак. В качестве стимулов в начале коррекционного курса используются конкретные понятия и самые простые по степени обобщения (например, конкретные - стул, мяч, дом; простые по возможности обобщения - ночь, свист, игра). На дальнейшем этапе коррекционной работы понятия усложняются и приобретают более сложный смысл, то есть

такие, непосредственное изображение которых у ребенка может вызывать затруднения (например, «каникулы», «теплый ветер», «обман», «справедливость», «дружба» и т.п.).

Инструкция испытуемому: «Я буду говорить слова, а тебе нужно нарисовать что-нибудь такое, что потом поможет вспомнить каждое слово. Можно рисовать, как получается, лишь бы это помогло тебе вспомнить слово. Только нельзя писать ни буквы, ни цифры». По прошествии некоторого времени (30 минут – 1 час), ребенка просят вспомнить нарисованное слово, опираясь на его изображение. Следующая инструкция: «Посмотри на свой рисунок. Для какого слова ты его нарисовал? Вспомни это слово».

В пилотажном исследовании участвовали 24 ребенка 8-10 лет, имеющих трудности в обучении, в анамнезе - задержку речевого развития, проблемы с пересказами и рассказами по картинкам. При нейропсихологическом обследовании у них отмечены следующие особенности. У данных детей поздно сформировались или еще недостаточно сформировались латеральные предпочтения (какой рукой что-то делать, каким глазом смотреть и каким ухом слушать). Доминантность по руке у них (в 9-10 лет) была недостаточно сформирована, что отражалось на почерке. Реципрокная координация была недоступна или ограниченно доступна. В рисунках и письме наблюдалось множество зеркальных ошибок, они часто копировали рисунок и буквы справа налево, раскладывали картинки и составляли рассказ по ним также справа налево. У этих детей возникали большие трудности при вербализации нарисованного, образного материала и рисования по словесной инструкции, а также при переводе словесного образа в графический. У них отмечалась недостаточная сформированность фонематического слуха, что особенно отчетливо проявлялось на следах памяти. При этом наблюдались трудности соотнесения букв со звуками. Следует отметить феномен игнорирования левой стороны пространственного поля: ребенок рисовал, писал с правой стороны листа, оставляя пустой левую сторону. При этом все рисунки и тексты оказывались сдвинутыми вправо. Наиболее заметно это было в школьных тетрадях в линейку. Важно подчеркнуть, что могла иметь место мозаичность симптоматики и множество вторичных дисфункций.

Коррекционная работа с детьми продолжалась в течение 6 месяцев по два раза в неделю. Методика «Пиктограмма» использовалась в программе сенсомоторной коррекции. (Горячева Т.Г., Султанова А.С.). Повторное исследование детей показало значительное улучшение, в первую очередь, непосредственной и опосредствованной памяти, улучшение рассказа по одной картинке и серии картинок, рисования по словесной инструкции.

Выводы. Опыт использования методики «Пиктограмма» в программе сенсомоторной коррекции позволяет говорить о том, ее можно применять для формирования связи между вербальным стимулом и его образом, улучшения памяти, повышения усвояемости учебного

материала у детей с функциональной несформированностью межполушарных связей.

РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В СРЕДНЕЙ АЗИИ

Демильханова А.М.

Pro Platform, Бишкек, Кыргызстан

gelya1981@gmail.com

Ключевые слова: психотерапия, психология, Средняя Азия.

THE DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY IN CENTRAL ASIA

Demilkhanova A.M.

Pro Platform, Bishkek, Kyrgyzstan

gelya1981@gmail.com

Keywords: psychotherapy, psychology, Central Asia.

В самом широком смысле психотерапия — это один из видов помощи другому человеку. На рубеже 19 и 20 столетий этот вид помощи приобретает особую форму после того, как австрийский врач Зигмунд Фрейд, создавая психоанализ, заложил и подробно описал, как может происходить помощь другому человеку в специально заданных условиях. Не будем вдаваться в концептуальное различие понятий психоанализ и психотерапия. Для данного сообщения скорее имеет значение, что этот особый вид помощи другому человеку, который имеет целью избавление его от страданий, или, по крайней мере, облегчение переживаний и невыносимой душевной боли, которую человек испытывает и с которой не может справиться самостоятельно.

В настоящее время в начале в 21 столетия существует множество школ, направлений и подходов в психотерапии. Нет смысла говорить о том, какой из подходов или какая из школ лучше, так как все они достаточно эффективны по-своему, поскольку суть психотерапевтического взаимодействия зависит от личности самого человека, который эту помощь оказывает, а также от того, какое особое «лечебное» пространство отношений создается между терапевтом и пациентом или клиентом. Википедии дает нам следующее определение психотерапии: Психотерапия - (от др.-греч. ψυχή «душа, дух» + θεραπεία «<врачебный> уход, лечение») — система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т. п.).

Проводится, как правило, специалистом-психотерапевтом путём установления глубокого личного контакта с пациентом (часто путём бесед и обсуждений), а также применением различных когнитивных, поведенческих, медикаментозных и других методик. Однако такое определение не является полным [1].

В рамках сообщения имеет значение то, что это вид помощи другому человеку, в основе которого, как справедливо в свое время заметил швейцарский психиатр, основоположник одного из направлений глубинной психологии — аналитической психологии Карл Юнг: «Психотерапия — это лечение души, лечение души душой» [2]. С этой точки зрения, психотерапия — это процесс помощи другому человеку, которую может оказывать человек, получивший специальную подготовку в рамках какого-либо психотерапевтического подхода. Такой вид помощи существует уже более 100 лет и придуман он был в Европе, сейчас же получил распространение по всему миру.

В целом на территории Средней Азии развитие психотерапии было заложено в рамках психиатрии, когда на территорию Средней Азии прибыли профессора из России. Например, в Кыргызстане, рождение службы психического здоровья начинается с создания кабинета по предоставлению консультационных услуг в 1936 г. в городе Фрунзе (бывшее название столицы Кыргызской Республики). Кабинет был временно размещен в здании Городской поликлиники и не пользовался особой популярностью у городских жителей. До 1960-х гг. медицинская психология не выделялась как отдельная дисциплина в Советском Кыргызстане, а термины «психолог» и «психиатр» рассматривались как синонимы (из устной беседы с врачом- психиатром А.Ф. Желонкиной) [3].

В Узбекистане основы психотерапии были заложены профессором Федором Федоровичем Детенгофом, который в конце 20-х годов XX столетия в составе большой группы ученых прибыл в Ташкент и долгие годы возглавлял кафедру психиатрии Ташкентского Государственного медицинского института [4]. В целом же частная психологическая практика была запрещена. Психотерапевтические подходы развивались только через личный интерес врачей – психиатров, которые работали с пациентами и их окружением.

Если же говорить об особенностях центральноазиатского пространства, следует отметить определенные специфические черты культуры. В силу того, что здесь довольно сильны социальные связи, люди обращаются за помощью к специалисту с психологическим образованием крайне редко. Либо в тех случаях, когда требуется уже психиатрическое вмешательство больше, чем психологическая помощь. Существует также традиция обращения за помощью к священнослужителям (мулла – Узбекистан), ясновидящим – коз-эче (Кыргызстан), домулло и табибам, изгонятелям «демонов» (Таджикистан) и т.п. Особенность

Средней Азии такова, что люди привыкли справляться с трудностями посредством социальных связей и подобных взаимодействий.

Хотя за последние десятилетия профессия психолога стала более популярной и востребованной, у многих коллег, друзей, знакомых каждого из нас уже есть опыт обращения к психологу. Также в силу событий последних лет (мировая пандемия, военные события и прочее) к подобной помощи – психотерапии - люди стали обращаться все больше и больше. Из личной беседы с психиатром А.Ф. Желонкиной: «Конц 50-начале 60-х гг. называли пробуждающейся весной – это касалось в основном духовной жизни страны, поэзии, литературы, много появилось педагогических направлений. Что касается психотерапии, тогда существовало понятие рациональная психотерапия, которая использовалась во всех медицинских дисциплинах. Это попытка разъяснить причины заболевания, течение, возможные исходы и способы адаптации, это были индивидуальные и групповые беседы на отдельные темы». По мнению А.Ф. Желонкиной, психиатры выполняли роль исповедников, работая не только с самим пациентом, но и с его родственниками, близкими. «Это исповедь, которой так не хватало человеку в то время. Поговорить, рассказать о своих мыслях, ощущениях, переживаниях, о своем ужасе перед той бедой, которая возникла в семье» (из личной беседы).

Большое распространение среди врачей получил психоанализ. Врачи интересовались сами, переводили работы психоаналитиков. Психологи в это время в основном занимались вопросами спорта высоких достижений, эффективного обучения, деятельности на производстве, военной, космической психологией и т.п. Сфера психотерапии оставалась в основном за врачами. Частная практика появилась с началом перестройки и тогда же интерес к психотерапии увеличился среди психологов, появились т.н. психологи консультанты. Стали открываться частные кабинеты. Появилось огромное количество предложений и обучающих программ на территории Средней Азии.

На современном этапе психотерапия в Средней Азии представлена разными школами и подходами. При этом школы представлены неравномерно, в основном подходами и школами, истоки которых были заложены в Европе. В Таджикистане психотерапия продолжает существовать сегодня в основном в рамках психиатрии. Представленность психотерапевтических школ и подходов незначительна, часто в рамках психодинамического подхода (Фируза Фирзоева). В Казахстане существует большое разнообразие школ. Например, представлены школы юнгианского анализа (Шевелева Елена), гештальт-терапии (Куликова Людмила), логотерапии (Алексеева Олеся), телесно-ориентированной психотерапии (Кузубова Мария) и др. Существуют несколько институтов, обеспечивающих европейскую сертификацию специалистов в рамках конкретной психотерапевтической

школы. В Кыргызстане представлены такие школы как телесно-ориентированная психотерапия (Соловьева Марина), транзактный анализ (Коржова Ольга), экзистенциальная терапия (Демильханова Ангелина), гештальт-терапия (Никонова Валерия). В Узбекистане - логотерапия (Салиева Дильшода), гуманистический подход (Баринов Виктор), гештальт-терапия (Пак Инна) и пр.

В психиатрии все еще сохраняются традиции рациональной терапии, гипнотерапии. Также широкое распространение во всех среднеазиатских странах получил гештальт-подход. Это может быть связано с широкой доступностью обучения, представляемого представителями данного подхода для людей без высшего психологического образования, а также популярностью подхода во всем мире.

По нашему мнению, оптимальным для стран Средней Азии будет являться терапевтический подход на основе экзистенциальной школы. Потому как в данном регионе все еще сильны традиции, например, тенгрианства, в рамках которого до сих пор существует очень тесная связь с миром природы, большое внимание уделяется пониманию и присутствию духовного измерения, одухотворению мира природы. Довольно интересной и перспективной в рамках этой парадигмы является школа, развиваемая в Кыргызстане на основе соединения идей экзистенциальной терапии и восточных философских учений (Демильханова А.).

Литература

1. Психотерапия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F>
2. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. М.: АСТ, 2022
3. Нелюбова Тамара Алексеевна, Зарифьян Анэс Гургенович, Галако Татьяна Ивановна, Кадырова Тамара Мукашевна, Тен Владимир Илларионович, Молчанова Елена Сергеевна. История развития медицинской психологии в Кыргызской Республике // Медицинская психология в России. 2015. №1 (30). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-meditsinskoy-psihologii-v-kyrgyzskoy-respublike> (дата обращения: 15.02.2023).
4. Зильберштейн Адольф. Некоторые страницы истории психотерапии в Узбекистане. /Ташкент/ URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=67441>

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Ибодуллаев Б.Б.

Ургенчский филиал ТМА, Ургенч, Узбекистан

Ключевые слова: РЭПТ, сахарный диабет 2 типа, психоэмоциональные расстройства.

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY FOR CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN TYPE 2 DIABETES

Ibodullaev B.B.

Urgench branch of TMA, Urgench, Uzbekistan

Keywords: rational emotive behavior therapy, psychoemotional disorders, diabetes.

Введение. Сегодня увеличивается количество заболеваний, которые стали социальной и глобальной проблемой в нашем регионе, одним из них является сахарный диабет. По данным ВОЗ вторым типом этого заболевания страдает 8,8% населения земного шара. Болезнь является не только медико-социальной проблемой, но и медико-психологической проблемой. 80% больных страдают той или иной формой психопатологических расстройств (депрессия, тревога, стресс и др.).

Цель: исследовать значение рационально-эмотивно-поведенческой терапии для коррекции структуры психоэмоциональных расстройств при сахарном диабете второго типа.

Материал и методы. Проведено наблюдение за 116 пациентами, пролеченными с диагнозом сахарный диабет 2 типа. Для диагностики формирования структуры психоэмоциональных расстройств у больных использован опросник DASS, пациенты случайным образом разделены на две группы. Первая группа (58 больных), получавшая в дополнение к стандартному лечению рациональную эмоционально-поведенческую психотерапию, и 58 пациентов 2-й группы сравнения получали только базовое лечение.

Результаты. Результаты исследования до психотерапии пациентов 1-й группы (n=58) показали, что по опроснику DASS депрессивные расстройства наблюдались у 46,6% (n=27), нарушения дыхания у 6,9% (n=4), стрессовые расстройства у 22,4% (n=13). Депрессивные расстройства во 2-й группе отмечались у 5,2% (n=3), нарушения дыхания у 5,2% (n=3), стрессовые расстройства у 1,7% (n=1). После лечения по данным опросника DASS у 29,3 % (8,5+0,17) пациентов в 1-й группе депрессия отсутствовала, у 46,6 % (12,4+0,14) была легкая депрессия, у 36,2% (6,7+0,16) не было нарушений дыхания. У 22,4% (13,0+0,25) был умеренный стресс, у 1,7% (17,0+0,0) отмечался сильный стресс, 31,0% (12,2+0,35) не имели стресса, 46,6% (16,1+0,25) имели легкие, 17,2% (20,0+0,26) средние, 5,2% (24,3+1,7) тяжелые стрессовые расстройства ($p < 0,05$). Во 2-й группе отмечено, что эти показатели по сравнению с показателями до лечения различались в меньшей степени.

Выводы. Из полученных результатов можно сделать вывод о высоком уровне психоэмоциональных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа. В основной группе больных после психотерапевтического лечения значительно уменьшились показатели

депрессивных, тревожно-стрессовых расстройств по сравнению с пациентами 2-й группы, не получавшими курса психотерапии.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕОРИИ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА И
СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ
БРЕДА**

Кузнецова Ю.В.^{1,2}, Гуткевич Е.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО ТГУ, Томск, Россия

² ФГБУ НИИ Томский НИМЦ, Томск, Россия

iulalia@yandex.ru

Ключевые слова: психологическая защита, совладающее поведение, когнитивный конструкт, бред.

**POSSIBILITIES OF APPLYING THE THEORY OF DEFENSE MECHANISM AND
COPING BEHAVIOR IN THE PSYCHOLOGICAL STUDY OF DELIRIUM**

Kuznetsova U.V.^{1,2}, Gutkevich E.V.^{1,2}

¹ FSBI HE TSU, Tomsk, Russia

² FSBI RIMH Tomsk NIMC, Tomsk, Russia

iulalia@yandex.ru

Keywords: psychological protection, coping behavior, cognitive construct, delusion.

Проблема психологической защиты как ответной реакции психики на негативное воздействие внешней среды стала актуальной в середине XX века во многом благодаря научным изысканиям З. Фрейда, А. Фрейд, N. Хаан, R.S. Lazarus, I. Paulhan, L.I. Pearlin, а также множеству более поздних исследований Р. Плутчик, К.С.Белоусовой, А.Н. Гарбер и пр. В конфликте с социальными, внешними требованиями общества личность выбирает вариант снятия внутреннего напряжения, своего рода адаптации к изменяющейся ситуации. Данный процесс З. Фрейд назвал психологической защитой, однако в процессе развития психологической науки данное явление стало оцениваться негативно как тормозящее развитие личности [7]. Все это привело к потребности в возникновении нового понятия, которое могло бы снять существующие противоречия, отражало не только внутреннее переживание, но и последовавшее за ним внешнее осознанное действие самого субъекта. Таковым понятием стало совладающее поведение. Во второй половине XX века Н. Хаан рассматривает

психологическую защиту как действие бессознательных механизмов психики, как ригидную форму вытеснения травмирующего переживания, в то время как под совладающим поведением (копинг) предлагает понимать целенаправленный процесс, за которым следуют признанные актуальными и целесообразными действия по совладанию со стрессом [15]. Так, для совладающего поведения характерна сознательность, осознанность переживания, гибкость при выборе стратегии поведения. Л. Перлин и К. Шулер [16] считают, что совладающее поведение может решать три возможных задачи: изменить условия возникновения проблемы, изменить переживания личности по поводу данной проблемы, ограничить последствия возникновения данной проблемы в эмоциональной сфере личности [5].

На современном этапе развития интереса к совладающему поведению оно рассматривается в нескольких плоскостях. Л.Ю. Субботина предполагает, что первоначально возникающая в организме психологическая защита как бессознательная реакция с элементами сознательных оценок имеет своим продолжением сознательную работу по совладанию с психотравмирующей ситуацией [10]. Существует также точка зрения (Е.П. Белинская, И.Р. Абитов), согласно которой психологическая защита является одним из этапов совладающего поведения, [1, 2], то есть психологические защиты позволяют сохранить личности состояние относительного эмоционального комфорта, основаны на бессознательных реакциях, предполагают искажение психотравмирующей ситуации. Анализ и осознание защитных механизмов формирует совладающее поведение [8]. И. Хажуев, исследовавший психологические защиты, избираемые личностью с психопатологическими реакциями в условиях длительного воздействия стрессового фактора (активные военные действия), пришел к выводу, что для испытуемых характерна проекция негативных установок, регрессия, а также гиперкомпенсация. Применение указанных видов психологической защиты способствует снижению таких реакций психопатологического характера, как соматизация, навязчивости, сенситивность, депрессия, тревожность, фобии и психотизм [12]. В свою очередь И.В. Тухтарова, исследовавшая психологические защиты, применяемые ВИЧ-инфицированными, также пришла к выводу, что весьма актуальна среди данных испытуемых регрессия как попытка купировать тревогу, также характерны отрицание, искажение, фальсификация фрустрирующей ситуации. Интерес представляют положительные корреляции отрицания и вытеснения как психологических защит с конфронтацией и избеганием как копинг-стратегиями совладающего поведения, равно как регрессия и компенсация значимо коррелируют с конфронтацией [11].

К.С. Белоусова, М.А. Пальчиков, изучая испытуемых с кожными заболеваниями, выявили отрицание и проекцию как самый частотный вид психологической защиты, наряду с

этим и рационализацию [3]. В теоретическом исследовании М.К. Ганич, вслед за Д. Яломом, приходит к выводу, что, ограничивая возможность получения личностью психотравмирующего опыта, психологические защиты обеспечивают безопасность на основе отрицания, непринятия. Исследуя психологические защиты онкобольных после сообщения им диагноза было выяснено: испытуемые применяют такие психологические защиты, как вера в собственную исключительность (иррациональная вера в собственное бессмертие), избегание ответственности (речь идет скорее не о подавленных влечениях, а о свободе выбора этих влечений), избегание проявления воли (расстройство желаний и избегание принятия решений), защита от бессмысленности (продуктивные – альтруизм, преданность делу; патологические – нигилизм, идеологический авантюризм) [4].

Весьма интересным является исследование И.А. Целой, которая указывает на теорию опережающего совладания (проактивного копинга) – комплекса процессов, посредством которых личность пытается справиться с потенциальным стрессором. Это своего рода сочетание психологических защит и совладающего поведения [14]. Иерархический подход О.Е. Никуленковой к психологическим защитам позволяет ранжировать их по степени продуктивности и по степени развитости и сложности от наименее (биопсихический, основанный на вытеснении, психологический, основанный на когнитивных процессах) к наиболее совершенным (личностный, основанный на «образе Я» и моделях поведения, «постоянная защита» и «броня характера»; социально-личностный, при котором через принятие стереотипов и эталонов формируется сознательно управляемая психологическая защита) [10].

Не вдаваясь в подробности когнитивной психотерапии А. Бека отметим, что бред как один из позитивных симптомов является своеобразной психологической защитой личности и одновременно продуктом патологической переработки информации. Как слуховые галлюцинации могут быть продуктом проецирования во внешний мир автоматических полусознательных мыслей испытуемых, так и бред может быть переработкой подавленных, социально неодобряемых мыслей [9]. А.Б. Холмогорова выдвигает гипотезу, что бред не есть проявление нейрокогнитивного дефицита, но результат переработки информации индивидом, его жизненного опыта, то есть бред – это некий когнитивный конструкт, заслуживающий внимания исследователя. Когнитивные искажения, такие как персонализация, сверхобобщение, произвольные умозаключения, характерные для бреда, являются частью компенсаторной стратегии совладания с психотравмирующей ситуацией, что чаще всего проявляется в избегающем поведении и дисфункциональных убеждениях [13]. А. Коцюбинский и О. Гусева в своем исследовании бреда при шизофрении пришли к выводу, что в основе бредовой идеи – конфликт между влечениями и запретами, дополнительное

воздействие стрессов и фрустрации. Несформированность набора психологических защит личности приводит к невозможности продуктивной переработки данного конфликта, что порождает тревогу – основу патопсихологического процесса [6].

Примером достаточно детального анализа бреда как психологической защиты и вытесненных социально неодобряемых суждений больной шизофренией является феноменологическое исследование С.Н. Шпильрейн. Она выявила такие когнитивные конструкты, как отрицание или «переворачивание» (когда одному понятию приписывается противоположный, негативный и вытесняемый смысл, к примеру, религия и поэзия заменяются смысловыми аналогами понятий «низкое», «сексуальность»), псевдомедицинская терминология, попытка достижения исключительности путем пополнения словарного запаса неизвестными пациенту и искаженными понятиями («сперматическое лечение» – очищающее соитие с привлекательным мужчиной вместо «симптоматическое»), игра слов, искажающая их значение. Так, феноменологический метод исследования, который был характерен для К. Ясперса, у С.Н. Шпильрейн обретает новую цель – обнаружить патогенное противоречие, приведшее к возникновению психического расстройства [9]. Весьма актуальной является задача выявить возможности защитных механизмов, ведущих к совладающему поведению с заболеванием, к повышению уровня жизни больных психическим заболеванием, а возможно, и к выздоровлению.

Таким образом, бред, по мнению авторов приведенных исследований, как позитивный симптом, вероятно, является вариантом психологической защиты организма и совладания с болезнью, представляет собой когнитивный конструкт, порождаемый попыткой психики справиться с болезненным состоянием. Предполагаем, что анализ избираемых индивидом психологических защит и типов совладающего поведения может основываться на содержательном феноменологическом анализе бреда (бредовых идей или бредовой системы).

Литература

1. Абитов И.Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения: в норме и при психосоматических и невротических расстройствах: автореферат дис. кандидата психологических наук. – Казань, 2007. – 21 с.
2. Белинская Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема Психологические исследования. 2009. №1 (3). С. 2 – 4.
3. Белоусова К.С., Пальчиков М.А. Исследование механизмов психологических защит и копинг-стратегий у пациентов с заболеваниями кожи. Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко. Т. 5. № 1. 2016. С. 301–303.
4. Ганич М.К. Экзистенциальный подход к исследованию психологических защит онкобольных // Перспективы развития науки в современном мире. Сборник статей по материалам IV международной научно-практической конференции. В 5-ти частях. Т. 2. 2017. С. 150–153.
5. Гарбер А.Н. Совладающее поведение: аналитический обзор зарубежных исследований // Актуальные вопросы современной психологии: материалы III Междунар. науч. конф. – Челябинск: Два комсомольца, 2015. С. 17–19.
6. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграция образовательного, когнитивноповеденческого и психодинамического подходов: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 287 с.

7. Константинов А.В. Защитные механизмы личности // Железное дерево. Излучение. – М.: Большая российская энциклопедия, 2008. – С.310–311.
8. Никуленкова О.Е. Личностные особенности системы психологической защиты // Приоритетные направления развития науки и образования. 2016. № 41 (11). С. 290–295.
9. Ромек Е.А., Ромек В.Г. Психологическое исследование шизофрении С.Н. Шпильрейн в свете дисциплинарного кризиса психиатрии начала XX века // Российский психологический журнал. 2016. Т. 13. № 1. С. 210–218.
10. Субботина Л.Ю. Психология защитных механизмов личности: учеб. пособие; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ, 2013. – 164 с.
11. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией. Автореферат канд. Диссертации. 2003. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева. 23 с.
12. Хажуев И.С. Взаимосвязь механизмов психологической защиты и ценностных ориентаций личности с психопатологическими реакциями // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. Т. 13. №1. 2019. С. 102-107.
13. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиориальная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт // Современная терапия психических расстройств. 2007. № 4. С. 14-20.
14. Целая И.А. Психологические особенности механизмов защиты и способов совладающего поведения личности // Психология и педагогика в Крыму: пути развития 2020. № 4. С. 292-304.
15. Naan N. Coping and defending. – N.Y., 1977. – 241 p.
16. Pearlin L.I. The structure of coping / L.I. Pearlin, C. Schooler // J. of Health and Social Behavior. 1978. Vol. 19. P. 2 – 21.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С МАТЕРЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Куканов А.А.

ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия

andrej.kukanov@mail.ru

Ключевые слова: клиническая психология семьи, психокоррекционная работа, аутизм, родители.

PSYCHOCORRECTIVE WORK WITH MOTHERS RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES

Kukanov A.A.

Sukhareva SCMHC, Moscow, Russia

andrej.kukanov@mail.ru

Keywords: clinical psychology of the family, psychocorrective work, autism, parents.

Воспитание ребенка с особенностями в психическом развитии отнимает у его родителей огромное количество моральных, физических и психологических сил. Чувствуя эмоциональное истощение, они пытаются найти специалистов, которые смогли бы помочь им

в этой проблеме. Чаще всего за психологической помощью обращаются женщины – матери "особых" детей, которые жалуются на упадок сил, сниженное настроение, общую усталость, повышенную тревожность, нервозность, появление раздражительности и мыслей, касающихся безнадежности положения и отсутствия будущего у их детей. С целью оказания эффективной помощи данной категории матерей во многих странах мира на базах образовательных, социальных и медицинских учреждений создаются специализированные группы поддержки. Специалисты, работающие в них, используя различные методы психотерапии, проводят групповые и индивидуальные сеансы, направленные на оказание содействия родителям в решении проблем нормализации их психического состояния, адаптации к сложившейся жизненной ситуации, а также в воспитании и обучении ребенка с ОВЗ.

В качестве примера подобной программы опишем опыт австралийских психологов Даниэла Фу Кеунга Вонга (DanielFuKeungWong) и Ады Пун (AdaPoon), работавших с матерями китайского происхождения, воспитывающими детей с различными отклонениями в развитии (80% детей с аутизмом, остальные – детей с интеллектуальной недостаточностью, задержкой развития речи или СДВГ) [7]. В программе приняла участие 61 женщина. У них в ходе предварительной диагностики был выявлен высокий уровень стресса, симптомы депрессии и тревожности. В качестве основного психотерапевтического метода выступала когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Программа состояла из 10 трехчасовых групповых сессий. Все женщины были разделены по группам (по 10 человек в каждой). По итогам программы у участников было отмечено снижение уровня стресса, улучшение психического здоровья и повышение качества жизни. Практически аналогичные результаты были достигнуты шведскими психологами Малин Эйкле (MalinAnclair) и Арто Хилтунен (ArtoHiltunen), которые также использовали КПТ [5]. Они смогли по итогам 18-ти индивидуальных сессий, каждая из которых длилась один час, избавить матерей детей с аутизмом от проявлений депрессии, тревожности и бессонницы.

Применение психоанализа также эффективно способно нивелировать депрессивные проявления у родителей детей с аутизмом, что подчеркивает в своих работах известный французский психоаналитик Дидье Узель, который проводил психотерапевтическую работу и с детьми, и с их родителями [4]. После окончания занятий с ребенком психотерапевт устраивал часовые сессии с его родителями, в ходе которых происходило обсуждение изменений в поведении малыша, а также разработка системы оценивания достижений, что позволяло близким людям реалистичнее смотреть на будущее ребенка.

Помимо реализации психокоррекционных и психотерапевтических программ приведем в пример опыт европейский коллег по созданию так называемых «семейных домов».

Показательным является опыт Швеции, где созданы "семейные дома" для детей с аутизмом [6]. В данных учреждениях дети круглосуточно получают всестороннюю медицинскую, педагогическую и социальную помощь (лекарственная терапия, АВА-терапия, социально-бытовая адаптация, получение образования доступного уровня). При этом родители владеют полной информацией о состоянии своего ребенка и могут получить профессиональную консультацию всех необходимых специалистов. Также они могут забирать детей домой вечером, на выходные, на каникулы, а при достижении удовлетворяющего их психического состояния ребенка забирать его домой навсегда. "Семейные дома" получили отличные отзывы и рекомендации. Многие родители отметили положительные изменения в микроклимате семьи, в частности, значительно улучшилось психологическое состояние каждого ее члена. Положительная динамика затронула следующие аспекты: улучшилось финансовое состояние, появилось свободное время, которое можно потратить на взаимоотношения с супругом, другими детьми, родственниками. Возможно, единственной претензией к этим учреждениям была слишком большая текучка кадров, из-за которой больные дети не успевали установить контакт с обучающими их специалистами.

В последнее десятилетие все чаще стали появляться новые отечественные разработки, направленные на решение проблем, связанных с коррекцией психологического состояния матерей. Среди них стоит отметить программы, предложенные Н.П. Болотовой, А.Д. Левицким, Н.Г. Минаевой, Е.В. Устиновой, Л.Л. Микаэлян и Е.В. Фисун, которые подтвердили свою полезность и действенность [2; 3]. Отдельно бы хотелось остановиться на достаточно новой программе, предложенной Е.В. Захаровой [1], апробированной на базе одного из реабилитационных центров г. Самары. Программа включает как коррекционные мероприятия (40 в течение года), так и семейное консультирование (групповое – 1 раз в 2 недели; индивидуальное – 2 раза в месяц с каждым членом семьи), в которых участвуют мамы, папы, бабушки и дедушки детей с аутизмом. Во время занятий и консультаций взрослые получали необходимую информацию по обучению и воспитанию детей, обучались навыкам взаимодействия друг с другом и со своими детьми. Также с ними проводились консультации врачей, учителей, социальных работников и юристов. По результатам программы у всех членов семьи отмечалось снижение уровня стресса, нормализация внутрисемейных взаимоотношений и отношения к ребенку, который перестал восприниматься как глубоко больной, полностью несамостоятельный и нуждающийся в постоянном уходе и опеке.

Как мы видим, в нашей стране организованная психокоррекционная и психотерапевтическая работа с родителями "особых" детей только начинает вестись, а если она и проводится, то, чаще всего, на базе крупных реабилитационных и медицинских институтов и центров. Это связано со многими причинами: отсутствием полноценной

законодательной базы, регулирующей оказание психологических услуг детям и их родителям; недостаточной осведомленностью самих родителей; отсутствием необходимых финансовых и материальных ресурсов; недостатком числа эффективных психокоррекционных программ, направленных на поддержание психологического здоровья ближайших родственников ребенка с тем или иным отклонением в психическом развитии. Важнейшим шагом по оказанию эффективной специализированной помощи детям с ОВЗ является создание и реализация различных программ, направленных на оказание психологической помощи родителям этих детей. При этом данные программы могли бы проводиться и в небольших учреждениях (школах, детских садах, центрах развития), специалистами различного профиля. Ведь именно от психологического состояния родителей, в частности, матерей, которые проводят со своими детьми наибольшее количество времени и занимаются непосредственным уходом за ними и их воспитанием, зависит, будет ли ребенок получать необходимую ему медицинскую помощь, посещать специализированные коррекционные или инклюзивные детские сады и школы, и будут ли удовлетворены его биологические и социальные потребности.

Литература

1. Захарова Е.В. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с аутизмом // Материалы XLV международной научно-практической конференции "Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии" (г. Новосибирск, 13 октября 2014 г.). - Новосибирск: СибАК, 2014. С. 123 - 131.
2. Левицкий А.Д. Групповая работа с родителями проблемных детей: системный подход // Вестник практической психологии образования. 2008. № 4. С. 87–91.
3. Микаэлян Л.Л. Психологическая работа с родителями "особых детей": ресурсная модель / Л.Л. Микаэлян, Е.В. Фисун // Консультативная психология и психотерапия. 2006. №2. С. 147 - 169.
4. Узель, Д. Работа с родителями аутичных детей // Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под ред. Дж. Циантиса и др. – М.: Когито-Центр, 2006.
5. Anclair, M., Hiltunen, A. J. Cognitive behavioral therapy for stress-related problems: Two single-case studies of parents of children with disabilities // Clinical Case Studies. 2014. Vol. 13. №6. P. 472-486.
6. Benderix Y., Nordstrom B., Silvberg B. Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home // Autism. 2007. Vol. 10 (6). P. 629–641.
7. Wong F.K.D., Poon A. Cognitive behavioural group treatment for Chinese parents with children with developmental disabilities in Melbourne, Australia: an efficacy study // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 44. P. 742 – 749.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ларских М.В., Малютина О.В., Филиппова Т.В., Кожухова А.Д., Смирнов Д.И.

КУЗ ВО ВОКПНД, Воронеж, Россия

marinalars@mail.ru

Ключевые слова: кинотерапия, психологическая коррекция, умственная отсталость,

расстройства личности, агрессивность, тревожность.

THE USE OF FILM THERAPY DURING PSYCHOCORRECTIVE CLASSES IN THE PSYCHIATRIC DEPARTMENT OF COMPULSORY TREATMENT

Larskikh M.V., Malyutina O.V., Filippova T.V., Kozhukhova A.D., Smirnov D.I.

¹SHI VR VRCPD, Voronezh, Russia

marinalars@mail.ru

Keywords: film therapy, psychological correction, mental retardation, personality disorders, aggressiveness, anxiety.

Введение. По статистике более треть пациентов с психическими расстройствами, которые находились на принудительном лечении, после выписки из стационара совершают повторные агрессивные действия. В этой связи одной из главных задач принудительного лечения является улучшение психического состояния пациентов и профилактика агрессивных, общественно-опасных действий, для решения которой применяется как медикаментозная терапия, так и различные психотерапевтические, психокоррекционные, психосоциальные и реабилитационные мероприятия [1]. Одним из относительно новых методов такого рода помощи является кинотерапия, которая, опираясь на холистический подход к человеку, рассматривает любого пациента целостно, а не отдельные его функции и свойства [4]. Учитывая контингент пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре (преобладание пациентов с умственной отсталостью различной степени выраженности, пациентов с выраженным шизофреническим дефектом и пациентов с расстройством личности, для которых характерно выраженное снижение рефлексивных возможностей, снижение или отсутствие критического отношения к своему состоянию и поступкам, выраженные трудности самопонимания и т.д.), проведение классической процедуры кинотерапии (синемологии) с вербальным анализом переживаний, работой с символами и смыслами затруднено [4]. Но при выборе этого метода опирались на гуманистическое направление в психотерапии, в частности на идеи А. Маслоу о «высших, пиковых переживаниях», во время которых человек обретает «единство, индивидуальность, спонтанность, экспрессивность, непринужденность, отвагу, силу» [3]. В своей психотерапевтической практике А. Маслоу использовал высшие, пиковые переживания как метод для лечения психических расстройств, в частности хронического алкоголизма. По мнению А. Маслоу высшие переживания, гармонизируя психическую сферу человека, никогда не проходят бесследно. Причем высшие переживания могут быть вызваны с помощью

созерцания произведений искусства, прослушивания классической музыки, наблюдения за движениями ребенка или животного, т.е. при соприкосновении с любым совершенством, в том числе высшие переживания могут быть вызваны при соприкосновении с киноискусством. Гипотезой нашего исследования было предположение о том, что если пациенты, находящиеся на принудительном лечении, будут регулярно смотреть «старые, добрые фильмы», транслирующие традиционные Российские ценности, к которым относятся: ценность жизни, семейные ценности, любовь к Родине, самопожертвование, доброта и милосердие (список фильмов приведен ниже), то у них снизятся показатели тревожности и агрессивности. Целью исследования являлось выявление влияния групповой кинотерапии на снижение уровня агрессивности и тревожности пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре.

Материал и методы. В исследовании участвовали 50 человек. Распределение пациентов по нозологиям представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Распределение пациентов по нозологиям

Диагноз по МКБ-10	Кол-во больных
F 70-79	18
F 20-29	24
F 07	8

Процедура. С каждым пациентом перед включением в программу была проведена беседа о целях занятий, сроках и времени их проведения. Перед началом занятий и после окончания каждый пациент заполнял опросник диагностики агрессии Басса-Перри (адаптация С.Н. Ениколопова, Н.П. Цыбульских) [2] и сокращенный вариант оценки ситуативной тревожности (методика Спилбергера-Ханина) [5]. Каждое занятие включало вводную часть, просмотр фильма и заключительную часть. Вводная часть включала вопросы о самочувствии, настроении, при этом обязательно делался акцент на минимальных положительных изменениях в жизни пациентов. После просмотра фильма каждый участник делился доминирующей эмоцией и своей оценкой фильма. Психолог обеспечивал очередность высказываний пациентов, регулировал время. Завершалось занятие назначением дежурного, задачей которого было помочь медицинскому персоналу собрать пациентов на следующее занятие. Стиль ведения занятий был директивный, при этом очень важно установление безопасной, безоценочной и доверительной атмосферы в группе с уважением к пациентам и принятием их эмоциональных реакций и переживаний. На первом занятии обсуждались основные групповые правила – правило «стоп», правило «Я-высказывание», правило

«отсутствие оценок», правило «рамки» (не покидать комнату во время занятия), конфиденциальности и т. д. Занятия проводятся 2 раза в неделю, длительность одного занятия – 2 часа. Общее количество занятий, включенных в программу, – 38.

Список фильмов:

1. «Полосатый рейс»
2. «Три плюс два»
3. «Максим Перепелица»
4. «Небесный тихоход»
5. «Спортлото-85»
6. «Кавказская пленница»
7. «Карнавальная ночь»
8. «Джентльмены удачи»
9. «Операция «Б1» и другие приключения Шурика»
10. «Экипаж»
11. «Сердца трех»
12. «Один плюс один»
13. «Белый Бим черное ухо»
14. «Прошу слова»
15. «Тот самый Мюнхгаузен»
16. «День сурка»
17. «Сваты»
18. «Два капитана»
19. «Чучело»
20. «Любовь и голуби»
21. «Невероятные приключения итальянцев в России»
22. «Афоня»
23. «Белорусский вокзал»
24. «Ирония судьбы или с легким паром»
25. «В бой идут одни старики»
26. «Белые росы»
27. «Ключ без права передач»
28. «Старший сын»
29. «Высота»
30. «Девчата»
31. «Мой друг Иван Лапшин»

- 32 «За спичками»
 33 «Дом в котором я живу»
 34. «Девушка без адреса»
 35. «Усатый нянь»

Результаты исследования. Результаты оценки уровня тревожности и агрессии представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Результаты оценки уровня тревожности и агрессии пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении (общая выборка)

Диагноз по МКБ-10		F 70-79 n=18	F 20-29 n=24	F 07 n=8
Физическая агрессия	До	52,17±24,25	39,85±17,37	52,09±23,32
	После	37,95±20,09	27,02±15,83	33,31±19,20
Гнев	До	43,84±25,03	34,93±21,67	44,21±20,27
	После	26,86±22,14	22,33±19,12	26,69±12,82
Враждебность	До	57,12±22,29	40,32±22,98	48,45±14,85
	После	42,47±26,40	30,38±19,33	33,89±17,04
Ситуативная тревожность	До	34,06±16,31	28,6±19,0	34,99±25,13
	После	20,4±18,92	25±17,98	19,99±24,16

Таблица 3.

Уровни показателей агрессии и тревожности

Уровень	Низкий	Средний	Высокий
Физическая агрессия	до 15	16 до 29	30 и выше
Гнев	до 15	16 до 29	30 и выше
Враждебность	до 15	16 до 29	30 и выше
Ситуативная тревожность	до 30	31-45	46 и выше

Как видно из таблиц 2 и 3 до начала занятий средний уровень тревоги и депрессии во всех исследуемых группах был или средней степени выраженности или низкой степени. Это

может быть связано как со снижением критических способностей пациентов, так и с получаемой пациентами медикаментозной терапией. После проведения занятий уровень ситуативной тревожности снизился у всех групп пациентов. До проведения занятий у всех групп пациентов уровень агрессии имеет высокий уровень выраженности. Рассмотрим подробно изменения, которые произошли в исследуемых группах после проведения занятий. У пациентов с диагнозом F 70–79 (умственная отсталость) хотя и произошло значимое снижение всех показателей агрессии, но, в тоже время, только средний показатель «гнев» снижен до среднего уровня, тогда как показатели «физическая агрессия» и «враждебность» остаются высокими. Следует заметить при этом, что показатели агрессии до проведения занятий и после у пациентов с диагнозом F 70-79 значимо выше, чем в других исследуемых группах. В группах пациентов с диагнозом F 20-29 (шизофрения) и F 07 (расстройства личности) произошло значимое снижение таких компонентов агрессии как «гнев» и «физическая агрессия» до среднего уровня, тогда как уровень показателя «враждебность» значимо снизился, но остается высоким.

Заключение. Можно сделать вывод, что кинотерапия является достаточно эффективным методом снижения уровня агрессии для пациентов с шизофреническим дефектом и расстройствами личности. Как известно, диагноз «психопатия» (прежнее название диагноза «расстройство личности») переводится как «болезнь души», симптомами которой являются эгоизм, моральная-нравственная дезориентация, бессердечие, равнодушие к чувствам других людей. Для больных с шизофреническим дефектом характерно оскуднение эмоциональной сферы. Вероятно, регулярный просмотр и обсуждение «старых, добрых фильмов», транслирующих традиционные ценности «врачает» душу пациентов, гармонизируя психическую сферу и снижая агрессию. Для пациентов же с олигофреническим дефектом этот метод оказался не эффективным, что может быть связано с тем, что пациенты в силу интеллектуальной недостаточности не способны постичь смысл фильмов.

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии – Москва ИД «Медпрактика-М». – 2007 – 492 с.
2. Ениколопов С.Н. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри / С.Н. Ениколопов, Н.П. Цибульский // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 1. С. 115–124.
3. Маслоу А. “Мотивация и личность” https://www.velichkin.ru/stati/pikovyie_perezhivaniya-maslou-2.
4. Менегетти, А. Кинотерапия; пер. с итал. – Пермь: Хортон Лимитед, 1993. – 367 с.
5. Тест Спилбергера <https://therapy.irkutsk.ru/doc/spilberg.pdf?ysclid=1e5h0h17io410088342>

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л.

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимов», Москва, Россия

juliamerkurieva@gmail.com

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, психологическая коррекция, факторы формирования интернет-зависимости.

DIFFERENTIATED THERAPY MODEL FOR INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

Merkurieva Y.A., Malygin V.L.

FSBI HE «A.I. Yevdokimov MSMSU MOH», Moscow, Russia

juliamerkurieva@gmail.com

Keywords: Behavioural addictions, psychotherapy of Internet addiction, adolescents.

В литературе имеет место неоднозначность диагностических критериев и представлений о стратегии коррекции интернет-зависимости. Наиболее распространённым направлением коррекции интернет-зависимости является когнитивно-бихевиоральное, предложенное К. Янг. Мишени и техники терапии с тех пор значительно изменились, но когнитивно-бихевиоральное направление все еще наиболее часто применяется для работы с интернет-зависимыми [1]. Результаты лечения с помощью когнитивно-бихевиоральной терапии еще недостаточно проанализированы и во многом неоднородны [6]. Мета-анализ, проведенный в 2017 году, показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия может значительно снизить выраженность интернет-зависимости и психопатологические симптомы [4]. Однако, другой мета-анализ эффективности терапии среди подростков в Южной Корее показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия менее эффективна по сравнению с интегративной терапией [3]. Третий мета-анализ показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия эффективна для коррекции выраженности симптомов интернет-зависимости и депрессивных симптомов, но время, проводимое обследуемыми в сети, не изменяется [5]. Проведенное нами ранее исследование [2] показало, что необходим дифференцированный подход к психологической коррекции интернет-зависимости у подростков, учитывающий различия в механизмах ее формирования.

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности дифференцированной

программы коррекции интернет-зависимости у подростков экспериментальная группа (n=90) путем рандомизации была поделена на три, по 30 человек в каждой. В группе 1 проводилась психокоррекционная программа №1 с применением нейропсихологической коррекции, и включающая также развитие телесности, эмоциональной компетентности, коммуникативных навыков, навыков тайм-менеджмента. В группе 2 была реализована психокоррекционная программа №2, которая дублировала все блоки программы № 1, кроме нейропсихологической коррекции. Группа 3 (контрольная) посещала психообразовательные лекции. Психокоррекционные программы 1 и 2 рассчитаны на 16 тренинговых занятий, продолжительностью 1,5 часа. Мишенями психологической коррекции являлись 1) нейропсихологический профиль, свидетельствующий о функциональных нарушениях первого и третьего блоков мозга; 2) характерологические особенности, связанные с дезадаптивными паттернами поведения; 3) недостаточность развития эмоционального интеллекта; 4) несформированность телесности как высшей психической функции. Для оценки результативности проведенных программ проведены два этапа контрольного измерения показателей по шкале Чен, опроснику социальной адаптации Роджерса – Даймонд по окончании прохождения психокоррекционных программ и 3 месяца спустя.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования был проведен кластерный анализ психологических свойств интернет-зависимых подростков. Выделено две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б). В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета (социальные сети, общение в онлайн-играх), наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации–торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности), низкие показатели социальной адаптации. К кластеру Б отнесены интернет-зависимые подростки, характеризовавшиеся следующими особенностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярко выраженной одной из акцентуаций (возбудимый, гипертимный, демонстративный), более богатый словарь интрацептивных ощущений, высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности, и высокий показатель социальной дезадаптации. Основой для разработки дифференцированных психологических программ коррекции интернет-зависимости у подростков явились описанные нами ранее два различных механизма формирования интернет-зависимости у подростков [2].

1. Подростки с нейропсихологическими нарушениями выбирают интернет, как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус и внимание.

2. Подростки с интернет-зависимостью используют интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, однако в то же время способствует еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к сети, формируя аддиктивный цикл.

3. Подростки с преобладанием акцентуированных черт характера с трудом адаптируются в социуме, интернет-среда предоставляет многообразие способов реализации их гедонистической направленности. Влечение к новизне, не насыщаемая потребность в привлечении внимания, кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость чаще обращаться к игре, повышая толерантность к игровой деятельности. Это приводит к заострению акцентуированных черт характера, большему нарушению социальной адаптации, тем самым формируя аддиктивный цикл.

Проведение разработанных дифференцированных психологических программ коррекции показало их высокую эффективность. До проведения коррекционной программы показатели интернет-зависимого поведения были значимо выше и составляли в среднем 58 баллов. Сразу после проведения программы показатели значительно снизились (среднее значение 35 баллов), что говорит о снижении проявлений интернет-зависимого поведения. При этом показатели адаптивности повысились, а дезадаптивности снизились, что свидетельствует о появлении у подростков более эффективных способов поведения, что также подтверждается обратной связью от родителей и учителей школ. При анализе различий показателей интернет-зависимости и социально-психологической адаптации отдельно для подростков, вошедших в кластер А и в кластер Б, было выявлено, что для подростков с преобладанием нейропсихологических нарушений (кластер А) более эффективной оказалась программа. Все подростки из кластера А полностью прошли программу коррекции и не прерывали участие, были активны в работе, хотя и испытывали некоторые сложности в начале программы, связанные в первую очередь с появлением тревожности в группе. При этом подростки из кластера А, проходившие программу №2, чаще пропускали занятия, один испытуемый прекратил участие в коррекционных мероприятиях.

Выводы. На основе особенностей психологических механизмов формирования интернет-зависимости разработана дифференцированная программы психологической коррекции интернет-зависимости у подростков. В первую программу входит два блока: первый блок включает в себя нейропсихологическую коррекцию, техники релаксации и телесно-ориентированную психотерапию, а второй блок – формирование навыков понимания и регуляции эмоций,

коммуникативных навыков, разрешения конфликтных ситуаций и тайм-менеджмент. Во вторую программу входил только второй блок. Для интернет-зависимых подростков с нейропсихологическими нарушениями более эффективной оказывается программа психологической коррекции №1, включающая нейропсихологическую коррекцию, телесно-ориентированную психотерапию, б) для интернет-зависимых подростков с преобладанием акцентуированных черт характера одинаково эффективны оба блока программы коррекции. Программой выбора является программа №2, так как она требует меньших временных затрат.

Литература

1. Егоров, А.Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции / А.Ю. Егоров // Медицинская психология в России. – 2015. – №. 4 (33)
2. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>
3. Chun, J.S. A meta-analysis of treatment interventions for internet addiction among Korean adolescents / J.S. Chun, H.S. Shim, S. Kim // Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. – 2017. – Т. 20. – №. 4. – С. 225–231.
4. Liu, J. Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in East Asia: a systematic review and meta-analysis / J. Liu, J. Nie, Y. Wang // International journal of environmental research and public health. – 2017. – Т. 14. – №. 12. – С. 1470
5. Stevens, M.W.R. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis / M.W.R. Stevens // Clinical psychology & psychotherapy. – 2019. – Т. 26. – №. 2. – С. 191–203.
6. Wölfling, K. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program / K. Wölfling // BioMed research international. – 2014. – Т. 2014.)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИ МОСКОВСКОЙ «КЛИНИКИ ПАМЯТИ»: ДИАГНОСТИКА И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

Осипова Н.Г.¹, Рощина И.Ф.²

¹ ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, Москва, Россия

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

nata.osipoff@yandex.ru

Ключевые слова: «Клиника памяти», синдром мягкого когнитивного снижения, поздний возраст, нейрокогнитивная реабилитация, нейропсихологическая и психометрическая диагностика.

CLINICAL PSYCHOLOGISTS OF THE MOSCOW CLINIC OF MEMORY: DIAGNOSIS AND NEUROREHABILITATION

Osipova N.G.¹, Roshchina I.F.¹

¹ SBHI N.A. Alekseev PCH №1, Moscow, Russia

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

nata.osipoff@yandex.ru

Keywords: «Clinic of Memory», mild cognitive impairment, late age, neurocognitive rehabilitation, neuropsychological and psychometric diagnostics.

Введение. По оценкам последнего времени около 50 миллионов человек сегодня живут с диагнозом деменция. Признано, что деменция (в частности болезнь Альцгеймера) может начаться за десятилетия до проявления клинических симптомов. Промежуточным когнитивным статусом между нормальным старением и деменцией является синдром мягкого когнитивного снижения (Mild cognitive impairment, MCI) [1, 3]. Научное сообщество признаёт, что профилактика когнитивного снижения на доклинических этапах болезни Альцгеймера (БА) может отсрочить развитие этого заболевания. Ранняя диагностика, профилактика и лечение улучшают качество жизни человека на этапе позднего онтогенеза, сохраняют когнитивные и функциональные возможности пожилого человека [1, 3, 5].

«Клиника памяти». В 2016 году на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ) было создано специализированное медико-реабилитационное отделение (МРО) для оказания помощи лицам пожилого и старческого возраста с когнитивным снижением («Клиника Памяти») на 50 человек. МРО «Клиника памяти» является новой амбулаторной формой групповой работы с когортой пожилых пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением. Данный проект осуществляется в рамках государственного задания, определяемого Департаментом здравоохранения города Москвы. Целью работы МРО «Клиника памяти» является сохранение когнитивного здоровья и профилактики деменции, улучшение качества жизни пожилых людей и членов их семей. Эффективность комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации, которая реализуется в «Клиника памяти», была доказана в нескольких исследованиях: достоверно значимые улучшения когнитивных функций после программы нейрокогнитивной реабилитации установлены у 75-80% пожилых пациентов [1, 3].

В настоящее время в Москве функционируют 9 «Клиник Памяти». В регионах РФ «Клиника памяти» представлена в Нижегородской, Самарской, Тверской, Кировской и Вологодской областях, а также в Хабаровском крае. В медико-реабилитационном отделении «Клиника Памяти» (флагманское отделение, Москва ул. Палиха, д.3 стр.3) работают 5 клинических (медицинских) психологов, которые решают три профессиональные задачи:

1. клинико-психологическая диагностика на первом и последнем этапе комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации,
2. коррекционные задачи, связанные с проведением нейрокогнитивных тренингов коррекции непатологических особенностей психической деятельности пожилых людей,
3. участие в научно-исследовательской деятельности.

Клинические (медицинские) психологи «Клиники Памяти» в соответствии с действующими профессиональными стандартами осуществляют качественную и количественную оценку различных параметров психической деятельности пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСІ) в позднем возрасте до начала нейрореабилитационной программы, а также после окончания указанной программы для выявления динамики различных параметров психической деятельности участников групповых занятий [1, 3, 4, 5]. На этапе первичной диагностики проводится нейропсихологическая и психометрическая оценка с использованием комплекса методик: «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия) [1], «Монреальская шкала оценки когнитивных функций» (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [7] и «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE) [6]. Использование данного комплекса методик позволяет проводить количественную и качественную оценку высших психических функций пожилых пациентов с синдромом МСІ.

Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации в «Клинике Памяти» проводится в течение 6 недель. Первая неделя – диагностическая; со второй по пятую неделю проводится регулярная тренировка когнитивных функций; 6 неделя (заключительная) включает в себя тренинги и повторную клинико-психологическую диагностику. В структуре программы нейрокогнитивной реабилитации клинические (медицинские) психологи проводят когнитивные тренинги и когнитивную разминку. При разработке программы когнитивной стимуляции для пациентов с МСІ медицинские психологи основывались на принципах отечественной нейрореабилитации школы А.Р. Лурия. Один из важных принципов - учет возрастных и индивидуально-личностных особенностей участников программы. На первичном диагностическом этапе формируются группы по 8-9 человек. Длительность одного занятия 60 минут [1, 3]. Тренинги комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации направлены на три составляющие структуры психической деятельности:

1. нейродинамические параметры деятельности;
2. произвольная регуляция, контроль и программирование деятельности;
3. операциональные (структурные) компоненты психической деятельности.

Каждое занятие в рамках когнитивного тренинга и когнитивной разминки строится по комплексному принципу и включает конкретные задания для стимуляции и активизации кинетического, кинестетического, пространственного и регуляторного праксиса, всех видов восприятия, оптико-пространственной и конструктивной деятельности, экспрессивной и импрессивной речи, запоминания новых зрительных и вербальных стимулов и памяти на прошлое, невербального и вербального мышления.

Клинические (медицинские) психологи «Клиники памяти» принимают активное участие в научно-исследовательской деятельности. Например, в период пандемии коронавируса проводилось междисциплинарное научное исследование, поддержанное грантом Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ №20-04-60546) «Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье пожилых людей: разработка методологии цифрового мониторинга». В рамках этого исследовательского проекта была проведена нейропсихологическая оценка когнитивной сферы у когорты (114 человек) участников программы нейрореабилитации с применением адаптированной под задачи исследования «Экспресс-методики оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте» [2, 4]. Значимым итогом нейрокогнитивного тренинга в ограничительных условиях пандемии COVID-19 стало улучшение когнитивных функций у участников программы: значительно улучшились показатели по общему баллу «Экспресс-методики», отмечено улучшение динамического праксиса, вербального мышления, увеличение объема запоминания зрительных стимулов. Кроме того, наблюдалось улучшение нейродинамических параметров психической активности, повышение контроля за протеканием деятельности и увеличение ее продуктивности. Практически все участники программы самостоятельно высказывали положительные отзывы и желание продолжить занятия в «Клинике памяти» [4].

Заключение. В настоящее время медицинские психологи «Клиники памяти» участвуют в разработке программы когнитивной реабилитации для пациентов с начальной стадией деменции, обусловленной нейродегенеративной или смешанной сосудисто-атрофической патологией головного мозга, а также разработкой методов цифрового мониторинга состояния участников нового мультидисциплинарного лонгитюдного исследования.

Литература

1. Бурьгина Л.А., Гаврилова С.И., Костюк Г.П., и др. Психосоциальная терапия и нейрокогнитивная реабилитация пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ. 2019. 332 с.
2. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 3(5). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 18.02.2023).
3. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Масыкин А.В., Костюк Г.П. // «Клиника Памяти – инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания» // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 2. С. 50-54.
4. Рощина И.Ф., Осипова Н.Г., Сюняков Т.С. и др. Оценка высших психических функций пациентов с мягким когнитивным снижением в процессе нейрокогнитивной реабилитации // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2021. С. 349–351. URL: <https://psyjournals.ru/files/124859/medpsydiag2021.pdf> (дата обращения: 18.02.2023).
5. Рощина И.Ф. Пациенты с мягким когнитивным снижением в позднем возрасте – целевая группа для проведения когнитивной стимуляции / И. Ф. Рощина, Н. Д. Селезнева. – Текст: электронный // Cognitive Neuroscience – 2021 : материалы международного форума, (Екатеринбург, 2–3 декабря 2021 г.). – Екатеринбург : Издательство Уральского университета, 2022. – С. 227-231. – URL: <https://elar.urfu.ru/handle/10995/109110> (дата обращения 18.02.2023).
6. Folstein, M.F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // Journal of Psychiatr Research. – 1975. – No. 12. – P. 189-198.
7. Nasreddine, Z.S. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z.S. Nasreddine, N.A. Phillips, V. Bédirian [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. – 2005. – Vol. 53. – No. 4. – P. 695-699.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРИТОМ

Перстнева И.П.¹, Абросимов И.Н.²

¹ ФГБОУ ВО РГГУ, Москва, Россия

perstneva1@mail.ru

² ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы, психологическая адаптация, копинг-поведение, гастрит.

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND COPING-BEHAVIOR IN PATIENTS WITH GASTRITIS

Perstneva I.P.¹, Abrosimov I.N.²

¹ FSBI HE RSUH, Moscow, Russia

perstneva1@mail.ru

² FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

i.abrosimov@bk.ru

Keywords: early maladaptive schema, psychological adaptation, coping behavior, gastritis.

Введение. Психоэмоциональный стресс и связанные с ним негативные эмоциональные переживания могут оказаться основополагающим фактором не только в возникновении, но и в последующем развитии и прогрессировании патологии желудочно-кишечного тракта с психосоматическим компонентом. В ряду таких заболеваний одним из наиболее распространенных является «гастрит». В литературе, посвященной психосоматике, встречается информация о том, что для больных желудочно-кишечными расстройствами характерна тревожность, неуверенность в себе [2].

Одна из ключевых ролей в адаптации к болезни отводится преодолению негативных переживаний или состояний в связи с заболеванием посредством выбора и применения того или иного копинг-стиля [8]. Важно отметить, что принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека [4]. Сложности возникают, когда включаются неосознаваемые механизмы, зачастую лежащие в основе ранних дезадаптивных схем [3].

В структуре адаптации личности к трудным жизненным ситуациям, включая и адаптацию к ограничениям и трудностям, создаваемым хроническим заболеванием в качестве ключевого фактора, обуславливающего результат адаптации, важно рассматривать выбор стратегий совладающего с болезнью поведения и дезадаптивных схем, используемых человеком [6].

Цель работы – оценка выраженности ранних дезадаптивных схем и их сопоставление с параметрами адаптации к болезни у лиц с установленным диагнозом «гастрит».

Материал и методы. В исследовании приняли участие 57 человек (43 женщины и 14 мужчин в возрасте от 18-44 лет). В экспериментальную группу вошли 33 человека, имеющие в анамнезе установленный диагноз «гастрит», не проходящие на момент обследования

активного лечения. Контрольную группу составили условно здоровых 24 человека, не имеющие установленных диагнозов. Применяемые психодиагностические методики:

1. Диагностика ранних дезадаптивных схем (Касьяник П.М., Романова Е.В., перевод и адаптация, 2014) [3];
2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Вассерман Л.И. и соавт., 2009) [1];
3. Шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90r, Derogatis, 1976) [5].
4. Шкала приверженности лечению (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008 г.) [9];
5. Краткий опросник восприятия болезни (Brief-IPQ, адаптация Ялтонский В.М. и соавт., 2017) [7].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23).

Результаты и их обсуждение. *Описательный и сравнительный анализ пациентов с диагнозом «Гастрит» и условно здоровых лиц по изучаемым параметрам.*

В ходе исследования было установлено, что в обеих группах сравнения наиболее выраженными были ранние дезадаптивные схемы «Жесткие стандарты» (гастрит – 25, 93%, норма – 24,66), «Поиск социального одобрения» (гастрит - 24,12%, норма – 24,16%) и «Покинутость» (гастрит – 21,81%, норма – 16,67%). Значимые различия были выявлены по выраженности схем «Самопожертвование» (гастрит - 24,57%, норма – 2,16%; $p=0,007$) и «Негативизм» (гастрит - 19,63%; норма – 4,66%; $p=0,037$). Люди с гастритом статистически значимо чаще фокусируются на удовлетворении потребностей других людей ценой отказа от получения собственного удовольствия. Согласно авторам методики, данная тенденция сопряжена с повышенной сензитивностью к боли других людей. Также они склонны к применению такого способа подавления эмоций как фокусирование на негативных аспектах жизни при отрицании любых позитивных ее сторон. Часто такие люди характеризуются как хронически тревожные, бдительные, жалующиеся, нерешительные. В рамках концепции ранних дезадаптивных схем мы говорим о них, как о формирующихся по компенсаторному механизму в ответ на депривацию их потребностей в детстве. Это позволяет с большей уверенностью говорить о выраженности тех или иных когнитивных схем как о личностных predispositions играющих роль психосоматических факторов в развитии гастрита.

Оценка эмоционального функционирования указывает на превышение нормативных показателей в группе людей с гастритом. При этом, статистически значимо выше их показатели по сравнению с условно здоровыми людьми по шкалам «Соматизация» (гастрит –

1,46 балла, норма – 1,05 балла; $p=0,040$) и «Тревожность» (гастрит – 1,45 балла, норма – 0,95 балла; $p=0,024$). Развитие гастрита как телесной дисфункции обуславливает появление переживания дистресса, доминирующим проявлением которого являются переживания тревожного характера. Данные особенности эмоционального реагирования соотносятся с выраженностью когнитивной тенденции к негативизму.

Исследование совладающего со стрессом поведения показало, что в обеих группах используется широкий репертуар копинг-стратегий, выраженных в рамках нормативного коридора (40-60 баллов), кроме стратегии «Самоконтроль» (гастрит – 39,57 балла, норма – 35,41 балла), которая выражена на недостаточном уровне. Значимые различия при сравнении групп были получены по выраженности стратегий: «Конфронтация» (гастрит – 49,45 балла, норма – 40,25 балла; $p=0,049$), «Дистанцирование» (гастрит – 50,06 балла, норма – 47,00 балла; $p=0,043$), «Бегство-Избегание» (гастрит – 52,75 балла, норма – 45,83 балла; $p=0,049$). Сопоставляя полученные данные с ранее описанными результатами можно предположить, что когнитивные схемы самопожертвования и негативизма играют важную роль не только в развитии гастрита, но и определяют процесс психологической адаптации к нему. Фокусировка на негативных сторонах жизни и игнорирование собственных потребностей обуславливают выбор копинг-стратегий, ориентированных на подавление негативных эмоций. Эти стратегии, хотя и имеют ситуативную ценность, оказываются малоэффективными в долгосрочной перспективе в условиях хронической болезни.

Корреляционный анализ сравниваемых параметров, а также восприятия болезни и приверженности лечению в группе людей с гастритом позволил дополнить вышеописанные результаты сравнения двух групп. Ранняя дезадаптивная схема «Покинутость» имеет наибольшее число установленных прямых связей как с ориентированными на эмоции (конфронтация: $r=0,597$, $p=0,001$; бегство-избегание: $r=0,527$, $p=0,002$) так и с ориентированными на решение проблемы (принятие ответственности: $r=0,451$, $p=0,008$; самоконтроль: $r=0,397$, $p=0,022$) копинг-стратегиями, а также с выраженностью депрессивных ($r=0,367$, $p=0,036$) и тревожных ($r=0,376$, $p=0,031$) переживаний. Субъективно воспринимаемое поведение близких людей как ненадежное или нестабильное запускает широкий спектр совладающего поведения, однако в целом обуславливает негативный эмоциональный фон. Схема «Привилегированность» имеет положительные связи с соматизацией ($r=0,414$, $p=0,017$), депрессией ($r=0,456$, $p=0,008$) и тревожностью ($r=0,376$, $p=0,031$). Уверенность в своем превосходстве над другими людьми и убежденность в обладании особыми правами в данном контексте является способом совладания с негативными эмоциональными состояниями и переживаниями. Схема «Пунитивность» имеет прямые корреляционные связи как с высокой тревожностью ($r=0,360$, $p=0,040$) так и со

стратегиями ее подавления - конфронтацией ($r=0,368$, $p=0,35$) и дистанцированием ($r=0,388$, $p=0,026$). Убеждение в том, что люди должны быть жестоко наказаны за совершение ошибок, сопряжено с ростом тревоги и попытками дистанцироваться от нее.

Также были установлены связи между когнитивными схемами и показателями адаптации в условиях болезни. Схема «Жесткие стандарты» имеет обратную отрицательную связь с уровнем приверженности лечению ($r=-0,468$, $p=0,006$). Педантичность и перфекционизм становятся скорее барьером для соблюдения назначенного лечения из-за невозможности соблюдения высоких стандартов. Схема «эмоциональная депривированность» имеет прямую корреляционную связь с восприятием болезни как угрозы для жизни и благополучия ($r=0,354$, $p=0,043$). Гастрит чаще воспринимается как угрожающее и мешающее благополучию заболевание людьми, которые ожидают, что их потребность в эмоциональной поддержке и близости не будет удовлетворена другими.

Выводы.

1. Ранние дезадаптивные схемы пациентов с гастритом характеризуются тенденцией к самопожертвованию с игнорированием собственных потребностей и позитивных сторон жизни. Данные личностные predisпозиции могут быть рассмотрены в качестве факторов психосоматического риска развития гастрита, а также обуславливающих процесс адаптации в условиях болезни.
2. В частности, нивелирование собственных потребностей и фокусировка внимания на негативных сторонах жизни повышают уровень тревоги у людей с гастритом и выраженность дистресса, связанного с их телесным дисфункционированием. Это в свою очередь активизирует ориентированные на подавление эмоций, но малоэффективные в условиях хронической болезни стратегии совладающего поведения по типу конфронтации, дистанцирования и избегания.
3. Также когнитивные схемы играют определенную роль в восприятии болезни и приверженность лечению пациентов с гастритом. Восприятие заболевания как угрозы для жизни сопряжено с субъективным переживанием невозможности получить эмоциональную поддержку. Барьером для формирования высокого уровня приверженности назначенному лечению является следование чрезмерно педантичным и перфекционистским установкам.

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева; 2009. 38 с.
2. Жоламанова А.А., Арингазина А.М., Калматаева Ж.А. Психосоматический подход в терапии гастроэнтерологических больных. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2014;1:402-406.
3. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. Санкт-Петербург: Изд-во Политехн. ун-та, 2016. [Электронный ресурс]

4. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Гульдан В.В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий. Психологические исследования [Электронный ресурс]. 2016;9(50):4.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 272 с.
6. Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., Абросимов И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом. Медицинская психология в России. 2011;6(11):14.
7. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;10(51):1.
8. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E., Cohen J.H. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K., Robbins M.L., Cohen L.M. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. P. 315-327.
9. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J. Clin Hypertens (Greenwich). 2008 May;10(5):348-354.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КЛИНИКЕ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Рыжова И.А.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

rzhova.ia@serbsky.ru

Ключевые слова: когнитивный тренинг, расстройства аффективного спектра, нейропсихология, психореабилитация.

MODERN POSSIBILITIES OF REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS IN THE CLINIC OF AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS

Ryzhova I. A.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

rzhova.ia@serbsky.ru

Keywords: cognitive training, affective spectrum disorders, neuropsychology, psychorehabilitation.

Введение. Когнитивные нарушения в структуре психических расстройств пожилого возраста могут маскироваться субдепрессивной аффективной симптоматикой в виде гипотимии, ангедонии, апатии, тревожности, что ограничивает выбор спектра психореабилитационных мероприятий, направленных на сдерживание прогресса дементного синдрома. Актуальность проведенного исследования определяется практической релевантностью его результатов.

Цель исследования заключалась в оценке значимости когнитивной нагрузки в период госпитализации в отделение расстройств аффективного спектра у пациентов пожилого

возраста с риском прогрессивного когнитивного снижения.

Дизайн исследования – экспериментальный неконтролируемый лонгитюдный анализа в течение трехлетнего интервала. Выборочную когорту составили 27 пациентов в возрасте от 62 до 73 лет, преобладающий клинический диагноз которых относился к группе заболеваний, связанных с нарушением эмоционального состояния, провоцируемым органически измененной почвой: «органические расстройства настроения [аффективные]» и «органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство». Экспериментальный диагностический этап включал двухфазное циклическое нейропсихологическое исследование с оценкой параметров памяти, мышления, речи, зрительно-пространственного восприятия, произвольного внимания, когнитивной выносливости.

Оригинальная программа когнитивного тренинга [1,2,3,4], специально созданная для кластера органических расстройств в сочетании с субдементными когнитивными нарушениями, применялась в психореабилитационной работе. Форма когнитивных занятий, имевших открытый принцип функционирования, моделировала активное сотрудничество с больными, ведущее к увлекательной познавательной деятельности, воздействующей на все основные когнитивные параметры. В итоге пациенты, прошедшие когнитивный тренинг, преодолевали мотивационное обеднение, совершенствовали коммуникативные навыки, восстанавливали толерантность к когнитивной нагрузке, развивали кратковременную память, способность к логическому мышлению, что приводило к стимулированию их повседневной активности, улучшению социальной адаптации.

Выводы. Субдепрессивная симптоматика в пожилом возрасте, такая как тревожная растерянность, безынициативность, дистимия, должна служить условным индикатором для углубленного нейропсихологического анализа когнитивного функционирования в этой категории больных. *Маркерами изменения когнитивного статуса в продроме субдементных расстройств являются дисрегуляторные нарушения, а именно снижение уровня мнестического контроля, самоорганизации мышления и речевых функций, зрительно-пространственная дезориентация. В превентивном лечении важна не только своевременная диагностика, но и активная психокоррекционная интервенция в форме когнитивного тренинга.*

Литература

1. Рыжова И.А. Индикаторы успешности применения когнитивного тренинга в клинике расстройств аффективного спектра. Доктор.Ру.2018. №9 (153). С. 50–54.
2. Рыжова И.А. Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии. Медицинская психология в России [Электронный ресурс]. 2017. Т. 9. № 5.
3. Рыжова И.А. Когнитивный тренинг у больных с расстройствами аффективного спектра в сочетании с умеренными когнитивными нарушениями. Доктор.Ру.2014. № 6 (94). С. 77-80.
4. Рыжова И.А., Самедова Э.Ф. Коррекция когнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра методом когнитивного тренинга. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. Т. 7. № 1. С. 112-121.

**ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И САМОСТИГМАТИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНУЮ
РЕАБИЛИТАЦИЮ В ЦЕНТРЕ «СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

Савушкина А.И.¹, Рощина И.Ф.^{1,2}

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

savushkina.14@gmail.com

ifroshchina@mail.ru

Ключевые слова: модель психического, эмоциональный интеллект, самостигматизация, шизофрения, психосоциальная реабилитация.

**FEATURES OF THE MODEL OF MENTAL AND SELF-STAGMATIZATION OF
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA UNDER PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN
THE CENTER «FAMILY AND MENTAL HEALTH»**

Savushkina A.I.¹, Roshchina I.F.^{1,2}

¹ FSBSI MHRC, Moscow, Russia

² FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

savushkina.14@gmail.com

ifroshchina@mail.ru

Keywords: mental model, emotional intelligence, self-stigmatization, schizophrenia, psychosocial rehabilitation.

Введение. Как известно заболевание шизофренией проявляется патологическими симптомами в эмоциональной, коммуникативной, когнитивной и мотивационной сферах психики пациентов. Помимо этого, реакция окружающих на психическое расстройство часто не является экологичной для пациентов и влечет за собой их стигматизацию. Как реакция на стигматизацию у пациентов может сформироваться самостигматизация, оказывающая не меньше негативное влияние на их психологическое состояние и жизненную активность больных. Вследствие большого ограничивающего влияния, оказываемого болезненным процессом на личную и общественную жизнедеятельность людей с данным заболеванием, возникает необходимость исследования различных следствий болезни и поиска возможных мер реабилитационных воздействий психологического и социального характера для оказания больным шизофренией комплексной помощи. Целью данной работы является изучение

аффективного компонента модели психического, как одного из факторов успешной коммуникации и взаимодействия с окружением, и самостигматизации больных шизофренией, как одного из ограничивающих факторов для этой деятельности.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 15 человек, мужчины и женщины с диагнозом шизофрения. Средняя продолжительность заболевания в группе составляет 21,8 год, преобладающий тип шизофрении - параноидный. Участники исследования получают медикаментозное лечение и немедикаментозную поддержку, которая включает в себя посещение Центра социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье» (руководитель – д. м. н. Т.А.Солохина, ФГБНУ НЦПЗ). Цель данной организации - повышение качества жизни людей с психическими расстройствами и членов их семей посредством преодоления социальной отчужденности, вовлечения в жизнь общества, формирования активной гражданской и жизненной позиции путем предоставления участникам знаний о психических заболеваниях, способах контроля болезни, развития навыков и умений, необходимых для жизни в обществе, развития личности, гармонизации семейных отношений и дестигматизации. Пациенты, посещающие организацию, участвуют в следующих занятиях: групп-аналитическая психотерапия, арт-терапия, музыкотерапия, сценическое движение (театральная студия), мастерская (бумажная пластика, оригами, сувениры), шахматный клуб, оздоровительные танцы, дискуссионный книжный клуб (библиотерапия) и т.п.

В исследовании использовался комплекс методик: 1. Тест «Чтение психического состояния другого по взгляду» («Reading the mind in the eyes»-RME, в адаптации Румянцевой Е.Е., 2012), 2. Опросник эмоционального интеллекта «ЭМИн» (Д.В. Люсин), 3. Монреальская когнитивная шкала (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), 4. Опросник самостигматизации (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2005). При статистической обработке использовался критерий ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Результаты, полученные по тесту «Чтение психического состояния другого по взгляду» (RME), свидетельствуют о некотором снижении аффективного компонента модели психического (20,5 баллов в среднем). Результаты, полученные по опроснику эмоционального интеллекта «ЭМИн», представляют собой высокие показатели (96,8 баллов в среднем). Результаты испытуемых, полученные по Монреальской когнитивной шкале (MoCa), отражают некоторые особенности когнитивной сферы пациентов, при этом наиболее затруднительным оказался субтест – отсроченное воспроизведение вербальных стимулов. Результаты, полученные по опроснику самостигматизации, свидетельствуют о среднем уровне выраженности данного феномена с выраженностью компонентов самостигматизации от среднего до ниже среднего уровня. Наиболее выраженной формой самостигматизации

оказалась аутопсихическая форма.

Корреляционный анализ показал корреляционные связи на высоком уровне значимости между рядом шкал используемых методик. Аффективный компонент модели психического (RME) положительно связан с самостигматизацией в целом ($r=,641^{**}$, $p=0,01$) и шкалами К5– «Дистанцирование от психических больных в сфере внутренней активности» ($r=,675^{**}$, $p=0,01$) и К7– «Переоценка внутренней активности» ($r=,651^{**}$, $p=0,01$). Была обнаружена корреляционная связь обратного характера шкалы опросника эмоционального интеллекта «Управление чужими эмоциями» со шкалой опросника самостигматизации «Социореверсивная форма самостигматизации» ($r=-,690$, $p=0,01$). Показатель методики МоСа «Зрительно-конструктивные навыки» имеет положительные корреляционные связи со шкалами опросника самостигматизации К1 – «Переоценка самореализации» ($r=,646$, $p=0,01$) и К7– «Переоценка внутренней активности» ($r=,648$, $p=0,01$). Зрительно-конструктивные навыки также имеют обратную корреляционную связь со шкалой «Управление своими эмоциями» ($r=-,660$, $p=0,01$). Общий показатель когнитивной шкалы обратно связан со шкалами опросника эмоционального интеллекта «Понимание своих эмоций» ($r=-,759$, $p=0,01$) и «Понимание эмоций» ($r=-,731$, $p=0,01$). Большое число обратных корреляционных связей на уровне значимости ($p=0,05$) было обнаружено между шкалами опросника Самостигматизации и шкалами методики, направленной на измерение когнитивной сферы, эмоционального интеллекта, что может свидетельствовать о взаимосвязанности данных параметров.

Исследования, посвященные изучению модели психического и самостигматизации больных шизофренией, проводятся достаточно активно, однако в меньшей степени они посвящены рассмотрению этих психологических феноменов в группах больных шизофренией, участвующих в программах социально-психологической поддержки и реабилитации. Было проведено сопоставление полученных нами результатов с результатами прошлых исследований, в которых пациенты с шизофренией не получали немедикаментозные формы поддержки. В исследовании Румянцевой Е.Е. у пациентов с шизофренией было выявлено снижение модели психического [1]. Результаты данного исследования частично согласуются с результатами этого исследования, однако распределение результатов по методике RME, измеряющей аффективный компонент модели психического, у нашей группы испытуемых сложилось следующим образом: 40% пациентов показали нормотипичные результаты, 27% пациентов - пограничные результаты (между нормотипичными и низкими), 33% пациентов - низкие результаты. Данное распределение результатов в исследованной выборке пациентов можно считать более благоприятным. По результатам исследования Антохина Е.Ю. и др. присутствие аутопсихической формы самостигматизации связано с достаточной

сохранностью личности и ее критичности к своему состоянию [2]. Полученные нами результаты по опроснику самостигматизации согласуются с данными этого исследования в части наибольшей выраженности аутопсихической формы в данной группе пациентов. Подобный результат может быть следствием участия испытуемых с шизофренией в комплексной программе психосоциальной поддержки, оказывающей положительное влияние на пациентов и выражающейся в более выраженной личностной сохранности пациентов, сохранении их критичности к своему психическому состоянию, а также большей приверженности соблюдению медикаментозной терапии и заинтересованности в получении немедикаментозной помощи.

Исследования, рассматривающие разные подходы к реабилитационной работе с пациентами с шизофренией, свидетельствуют о большой эффективности когнитивно-поведенческого и метакогнитивного подхода. При сравнении метакогнитивного подхода с другими формами психологической работы, данный подход показал более высокую эффективность [3]. У пациентов уменьшалась выраженность продуктивной симптоматики, а также и коморбидной тревожной и депрессивной симптоматики, повышалась критичность, снижался уровень инвалидизации пациентов с шизофренией [4].

Выводы. Основной вывод исследования заключается в установлении факта снижения аффективного компонента модели психического и наличии среднего уровня выраженности самостигматизации и ее компонентов с наибольшей представленностью аутопсихической ее формы у обследованной группы пациентов. Полученные результаты свидетельствуют об особенностях аффективного компонента модели психического и самостигматизации больных шизофренией, проходящих курсы психосоциальной поддержки, и указывают на необходимость расширения форм психосоциальной поддержки и реабилитации с целью улучшения качества жизни пациентов.

Литература

1. Румянцева Е.Е. Проблема снижения theory of mind (модели психического) у больных шизофренией // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (к 100-летию С.Я.Рубинштейн) ISBN: 978-5-94051-077-2 Изд.: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2011
2. Антохин Е. Ю. и др. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания //Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2008. – №. 3. – С. 55-64.
3. Philipp R. et al. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG) //Clinical psychology & psychotherapy. – 2019. – Т. 26. – №. 2. – С. 227-240.
4. Коломыцев Д. Ю., Сараханова Д. В., Усов Г. М. Метакогнитивный подход к психологическим аспектам патогенеза шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – №. 4. – С. 88-98.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП «ЗДЕСЬ И ТЕПЕРЬ»

Соловьева С.Л.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

S-Solovieva@ya.ru**Ключевые слова:** психотерапия, «здесь и теперь», тревога, депрессия.**THE PSYCHOTHERAPEUTIC PRINCIPLE OF "HERE AND NOW"**

Solovieva S. L.

FSBI HE I.I. Mechnikov NWSMU, St. Petersburg, Russia

S-Solovieva@ya.ru**Keywords:** psychotherapy, "here and now", anxiety, depression.

Принцип «здесь и теперь», фиксирующий внимание пациента на восприятии, переживании актуальных событий, во многом противостоит психоаналитической склонности интерпретировать события далекого прошлого сквозь искажающую призму пройденного клиентом жизненного пути. «Здесь и теперь» - «один из принципов психотерапии, означающий концентрацию пациента или группы на процессах, происходящих в данный конкретный момент и в данном месте, на актуальных взаимоотношениях, взаимодействиях и переживаниях» [1]. Психотерапевтический потенциал принципа связан с тем, что реальность, в которой существует клиент «здесь и теперь», подлежит проверке и доступна контролю, и в этом смысле более объективна. Человек действует лишь в настоящем времени, и лишь в настоящем он доступен обучению и изменениям. Этот тезис лег в основу некоторых практик оказания психологической помощи. Отмечается, что «ряд психотерапевтических школ постулирует этот принцип в качестве ведущего (гештальт-терапия, группы встреч и пр.), другие сочетают его с прошлым опытом (психодрама, групповая психотерапия) [1].

«Здесь и теперь» заимствован психотерапией из восточных практик, из дзен-буддизма с его фиксированностью на настоящем, с его созерцательностью, принимающей реальность такой, какая она есть, в противоположность рациональной европейской культуре с ее оценочным мышлением и тенденцией к сравнениям, относящимся в значительной степени к прошлому. Буддисты используют этот принцип во время медитаций: пребывая в настоящем, человек видит, слышит и чувствует то, что происходит вокруг прямо сейчас. Важным психотерапевтическим эффектом пребывания в «здесь и теперь» является наиболее полное осознание, осмысление, присутствие в реальности, сознавание себя и контакт с самим собой.

Интерес к восточной ментальности привел к активному использованию принципа «здесь и теперь» в практиках оказания психологической помощи клиентам с различными проблемами. «Здесь и теперь» ярко проявляется в социально-психологическом тренинге, ориентированном на изменение поведения и не претендующем на глубинную психологическую интервенцию [5]. Принцип «здесь и теперь» лежит сегодня в основе многих школ психотерапии, психологического консультирования и психологической коррекции. «Здесь и теперь» используется в психодраме, гештальттерапии, недирективном гипнозе, НЛП, клиентцентрированной психотерапии [1]. «Здесь и теперь» особенно убедителен при изложении техник гештальт-терапии, фиксирующей внимание на актуальном настоящем [4]. В гештальт-терапии этот принцип означает, что все актуальное для человека всегда происходит в настоящем. Чувства, мысли, желания, фантазии о прошлом или будущем на самом деле находятся в настоящем.

Одним из первых в практику психотерапии принцип «здесь и теперь» был введён основателем психодрамы психиатром Якобом Морено. Морено использовал «здесь и теперь» как принцип организации психодраматической сцены, на которой происходило терапевтическое действие. Участники группы, исполняющие роли, должны были действовать в сцене так, как будто всё происходит «здесь и теперь», хотя сама сцена могла относиться к отдалённому прошлому или будущему. Морено считает «вчувствование», отсылающее к системе Станиславского, важным методом познания [3]. Этот принцип стал одним из основных на тренинге — говорить только о том, что происходит здесь и теперь, а не о том, что было когда-то или может случиться.

За Якобом Морено принцип «здесь и сейчас» акцентировал Фриц Перлз, сделав его одним из главных принципов гештальт-терапии. Предлагая клиентам чаще говорить «Сейчас я сознаю» и одновременно фокусироваться на состояниях тела, Перлз таким образом заменил интеллектуальные инсайты психоанализа живым переживанием травмирующей ситуации. Гештальт-терапия на практике разворачивается здесь и теперь: пациента просят во время сеанса обращать все свое внимание на то, что он делает в настоящем, прямо здесь и сейчас, в течение самого сеанса. Пациента просят сознавать свои жесты, свое дыхание, свои эмоции, свой голос, выражение лица, давление своих мыслей. Гештальт-терапия требует от пациента, чтобы он в каждый данный момент переживал опыт самого себя настолько полно, насколько он может [4].

Принцип «здесь и сейчас» интерпретируется и с точки зрения его прикладного, терапевтического потенциала, как состояние сознания при фокусировке внимания на происходящем в этом месте и в эту секунду. В этом своем значении «здесь и теперь» применяется при лечении тревожно-депрессивных состояний. Обучение тревожных и

депрессивных пациентов максимально полному существованию в настоящем позволяет в большей или меньшей степени нивелировать как тревогу, так и депрессию. Тревога – эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач. Тревожный человек больше живет в будущем, чем в настоящем или в прошлом: думая о будущем, он забегает мыслями вперед, предвидя разнообразные неприятности, которые его в этом будущем ожидают. Формируются соответствующие ожидания и установки; человек ведет себя в соответствии со своими установками и тем самым навлекает на себя именно то, чего он опасается. Это феномен, известный в психологии под названием «самореализующееся пророчество». Если тревога – эмоция, направленная в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, с возобновлением в воображении прошлых неприятностей и неудач, с формированием негативного образа прошлого. Негативный образ прошлого экстраполируется в будущее, и депрессивному клиенту начинает казаться, что не только прошлое безрадостно и безнадежно, но и в будущем ничего хорошего также не предвидится. В этой связи утрачивается жизненная перспектива; с утратой перспективы и настоящее начинает казаться мрачным и безрадостным; возникает ключевое переживание депрессии – тоскливая безысходность. Точно так же, как бессмысленной представляется жизнь в будущем, иллюзорно и существование в прошлом. Единственной реальностью является существование в настоящем, в котором только и возможно усвоение новой информации, реализация собственного творческого потенциала. Жизнь в настоящем, основанная на его непосредственно-чувственном переживании, позволяет снизить уровень тревоги и депрессии, поскольку настоящее не содержит в себе угроз и потерь. В этом можно убедиться, применяя прием «тестирование реальности». Достаточно задать себе вопрос «Есть ли здесь и теперь какие-либо ужасы и кошмары, по поводу которых надо впасть в отчаяние и панику?», как можно убедиться в том, что в настоящем никаких ужасов не происходит; есть лишь трудные ситуации и проблемы, для решения которых не хватает времени, информации, денег, социальной поддержки и других ресурсов. С этой точки зрения проблемы превращаются в технические задачи, которые страхи и отчаяние лишь мешают разрешить.

Важное значение имеет «здесь и теперь» и для групповой психотерапии. «В основе его лежит представление, согласно которому межличностные взаимодействия пациентов в группе, их поведение, переживания есть точное отражение их межличностных взаимодействий в реальной жизни, вне группы. Анализируя собственные межличностные взаимодействия в группе, переживания, возникающие в процессе общения с другими, пациенты получают возможность увидеть и осознать присущие только им особенности поведения и эмоционального реагирования, проблемы и конфликты, которые характерны для них и проявляются в самых разнообразных ситуациях как в группе, так и вне ее» [1].

Многие авторы отмечают, что в ситуации благополучия и психологического здоровья постоянное пребывание в «здесь и теперь» не всегда является продуктивным. Так, планируя будущее, определяя дальние цели, человек создает для себя образ этого будущего, как правило, окрашенный позитивными эмоциями, которые мотивируют на решение поставленных целей и задач. Несмотря на то, что реальный процесс жизни происходит всегда сейчас, часто смысловая наполненность и содержание этого процесса определяются наличием жизненной перспективы, с ее дальними и промежуточными целями, а также всем тезаурусом знаний, умений, навыков, сохраняющих связь с прошлым.

В психотерапии «здесь и теперь» часто является более эффективным в сопоставлении с «там и тогда». Этот эффект проявляется и в индивидуальной, и в групповой психотерапии. Как отмечают С.Ледер, Т.Високиньска-Гонсер «главным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимодействия, сопоставляется поведение в актуальной ситуации «здесь и теперь» с его характером и последствиями в прошлом» [2]. Б.Д.Карвасарский пишет, что принцип «здесь и теперь» - основа работы психотерапевтической группы, однако это не исключает одновременного использования материала в рамках «там и тогда» (прошлое пациента) и «там и теперь» (актуальная ситуация пациента вне группы). Это усиливает групповую сплоченность, повышает степень доверия в группе, принятия пациентами друг друга, а также способствует осознанию содержания обратной связи, позволяя пациенту соотнести свое актуальное поведение с поведением в реальной жизни и прошлым опытом [1].

Итак, «здесь и теперь» с успехом применяется на уровне поведения, в рамках социально-психологического тренинга, когда не ставится задача погружения в глубинную психическую реальность клиентов. «Здесь и теперь» работает на уровне психического состояния в случае, когда задачей психологической интервенции является нивелирование субъективно-неприятных дезадаптивных переживаний. Когда же речь идет о глубинных внутриличностных проблемах, которые берут свои истоки в прошлом, и последствия которых угрожают благополучию в будущем, то актуальные психические феномены рассматриваются в контексте всей жизни клиента, с анализом прошлого и с прогнозированием будущего.

Таким образом, психотерапевтический принцип «здесь и сейчас», обеспечивая пациентам наиболее полный непосредственный эмоционально-чувственный контакт с реальным миром, все же на практике часто оказывается более эффективным в контексте жизненной перспективы, в сопоставлении с «там и тогда». На отдельных этапах психотерапевтического процесса, решая конкретные задачи, например, связанные с лечением острой тревоги, психотерапевт использует принцип «здесь и теперь», фиксируя настоящее, которое не содержит в себе оснований для страхов и тревог. Однако, сталкиваясь с

проблемами, сформированными в прошлом, терапевт обращается к «там и тогда», поскольку других источников информации у него нет. Несмотря на то, что интерпретация прошлого клиентом субъективна, пристрастна, искажена всем опытом последующей жизни, все же с учетом характерного для пациента стиля переживания, который он демонстрирует, можно надеяться на возможность относительно объективной оценки прошлых травматических событий, оценке, которая дает ключ к психологической проблематике клиента.

Литература

1. Карвасарский Б. Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб: Питер Ком, 1998.- 752с.
2. Ледер. С., Високинська-Гонсер Т. Исторический очерк развития групповой психотерапии и основные теоретические направления// Групповая психотерапия/ Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Ледера.- М.: Медицина, 1990.-384с. С.12-46.
3. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л.Морено. Пер. с нем./ Общ.ред. и предисл. Е.В.Лопухиной и А.Б.Холмогоровой.- М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994.-352с.
4. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. М.: Изд. Института Психотерапии, 2003.-224 с.
5. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга.- М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982.-168с.

РАЗДЕЛ 11. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ КРИТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Гаюрова Ю.А.

ГБУ «Центр помощи семье и детям», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: нарушения критичности, хронический алкоголизм, псевдонекритичность.

THE PROBLEM OF CRITICALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM

Gayurova Yu.A.

SBI « Family and Children Assistance Center», St. Petersburg, Russia

Keywords: criticality disorders, chronic alcoholism, criticality pseudo disorders.

Введение. Критичность представляет собой явление человеческой жизни, без которого невозможно полноценное существование человека как разумного существа, как субъекта биологической, психической и социальной сфер жизни. Формирование критичности основывается на приобщении личности к определенной культуре и усвоении,