

РАЗДЕЛ 5

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ОПЫТ РЕФОРМ

Выделение посвященного психосоциальной реабилитации в психиатрии и наркологии раздела сборника, и одноименной секции при проведении конференции, отражает ситуацию сегодняшнего дня и не может не радовать. На протяжении десятилетий доминирующей моделью генеза большинства психических расстройств и болезней зависимости была биологическая, с опорой на генетические или обусловленные патологией мозга этиологические факторы, и поиском медикаментозных средств помощи пациентам. Ограниченность, узость такого подхода нашли отражение в определенных кризисных явлениях отечественной службы охраны психического здоровья, что особенно было заметно в области оказания помощи наркологическим больным. Отсутствие основанной на научных моделях и доказательной практике, организованной реабилитационной службы в структуре медицинских учреждений привело к появлению широкой волны негосударственных реабилитационных центров, использующих не критично заимствованные, устаревшие, нередко искаженные модели обществ самопомощи, порой следующих логике антипсихиатрии, отрицающих необходимость оказания комплексной помощи, медицинских мероприятий. Понадобилось время, громкие разбирательства, общественный резонанс, чтобы реабилитационное направление в наркологии получило серьезную государственную поддержку и импульс к развитию, стало продуктивной альтернативой коммерческим реабилитационным центрам.

В отношении реабилитации лиц с психическими расстройствами традиции отечественной психиатрии иные, опираются на большую историю, многих ярких представителей, методологию социальной психиатрии. Но, к сожалению, серьезная и кропотливая работа по возвращению лиц, перенесших тяжелые психические расстройства (или даже сохраняющих симптомы таковых в текущий период) в социум, в семью, к продуктивной трудовой деятельности, скорее была выбором энтузиастов данного направления, долгое время не была распространенной практикой. Отрадно, что в последние годы ситуация существенно улучшается. Реформирование службы охраны психического здоровья, установки деинституализацию, сокращение длительности госпитализаций, рост объема амбулаторной помощи, увеличение числа клинических психологов, социальных работников, психотерапевтов

в структуре служб, позволили многим психиатрическим учреждениям изменить привычные модели работы и инициировать внедрение программы реабилитации. Пришло время использовать обширный багаж знаний и практик, наработанный ранее в этой области отечественными и западными учеными и организаторами здравоохранения. Однако задачи продолжения, развития реабилитационного направления, совершенствования технологий психосоциальной работы, обучения специалистов, обмена и передачи лучшего опыта остаются высоко значимыми и актуальными. Являясь точкой роста в научном и в практическом аспекте, психосоциальная реабилитация нуждается также в оригинальных исследованиях, разработках, учитывающих контекст современного российского общества.

Хочется надеяться, что наша конференция внесет свой вклад в развитие этого направления, а участники конференции, равно как и читатели сборника ее материалов, обратят внимание на раздел, посвященный опыту психосоциальной реабилитации в психиатрии и наркологии в нашей стране. В представленных тезисах нашли отражение как оригинальные разработки методов реабилитации, психосоциальные модели генеза расстройств, полезные для последующей разработки технологий помощи. Представлены и новые, перспективные исследования, нацеленные на расшифровку психологических механизмов симптомообразования, которые впоследствии обещают стать мишенями воздействия в новых психотерапевтических, психокоррекционных программах. Поиск способов помощи пациентам, в том числе с тяжелыми психическими расстройствами, отражает гуманистический пафос психиатрии и клинической психологии, соответствует духу отвечающей времени службы охраны психического здоровья.

Рычкова Ольга Валентиновна, д.псих.н., профессор
профессор кафедры клинической
психологии и психотерапии ФГБОУ ВО МГППУ,
в.н.с лаборатории психологического консультирования
и психотерапии Московского НИИ психиатрии
(филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского»)

P300 как показатель сдвига внимания на связанные с алкоголем стимулы у лиц с зависимостью от алкоголя*

Березина А.А.

*НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России
Санкт-Петербургский государственный,
университет, Санкт-Петербург, Россия
aneta.berezina@gmail.com*

Гвоздецкий А.Н.

*Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург, Россия*

Климанова С.Г., Трусова А.В.

*НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России
Санкт-Петербургский государственный,
университет, Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкоголь-ассоциированный сдвиг внимания, вызванный потенциал P300

The P300 as an electrophysiological probe of alcohol -related attentional bias in patients with alcohol use disorder

Berezina A.A.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology,
Saint-Petersburg State University, Russia, St. Petersburg*

Gvozdetsky A.N.

Saint-Petersburg State University, Russia, St. Petersburg

Klimanova S.G., Trusova A.V.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology,
Saint-Petersburg State University, Russia, St. Petersburg*

Keywords: alcohol dependence, attentional bias towards alcohol-related cues, event-related potential P300

Введение. Одним из когнитивных механизмов формирования алкогольной зависимости (АЗ), выступает алкоголь-ассоциированный сдвиг

* Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-01237.

внимания («at-tentional bias») (ААСВ) [M. Field et al., 2009]. Распространено объяснение этого явления теорией поощрения-сенсibilизации (incentive-sensitization theory) [Т.Е. Robinson, К.С. Berridge, 1993]. Эта теория постулирует, что при зависимости происходит развитие гиперчувствительности к мотивирующим свойствам потребляемого вещества и связанных с ним стимулов как поощрения. Следствиями этого выступают усиление сдвига внимания по отношению к употребляемому веществу, поведение «приближения» («approach behaviour»). Поведенческие проявления гиперчувствительности отражают имплицитные (бессознательное желание) и эксплицитные (осознаваемое влечение) характеристики влечения [A.W. Stacy, R.W. Wiers, 2010]. При этом, что имплицитные характеристики влечения включают не только тенденцию «приближения» к алкоголю, но и дополняющую ее тенденцию к его избеганию («avoidance») [A.W. Stacy, R.W. Wiers, 2010], которые могут оцениваться через измерение сдвига внимания. Предполагается 2 механизма ААСВ: автоматическое переключение внимания («shifting of attention»), которое проявляется при краткой демонстрации стимула < 200 мс); избегание стимула («attention avoidance», демонстрация > 500 мс) [M. Field et al., 2009]. Обнаружена связь между соотношением этих тенденций и тяжестью зависимости [M. Field et al., 2009]. Разделение механизмов ААСВ позволяет объяснить то, что некоторым авторам не удается его обнаружить у лиц с зависимостью [M. Field et al., 2009]. На несуществование ААСВ как самостоятельного феномена указывают сторонники концепции контроля селективности внимания, связанной со значимостью стимула (value-driven attentional capture) [B.A. Anderson, 2016]. Одним из 5 выделенных Anderson признаков отсутствия отдельного феномена ААСВ выступает то, что он проявляется только в случае конфликта предъявляемого стимула с условиями выполняемой когнитивной задачи. То есть, ААСВ вне условий конфликта с целями задания может указывать на его специфичность. Таким образом, наличие ААСВ у лиц с АЗ в условиях отсутствия конфликта с условиями задания и проявление ААСВ при длительной экспозиции стимула косвенно доказывает самостоятельность феномена. Считается, что ААСВ чаще проявляется при измерении электрофизиологической реактивности, в частности регистрации вызванных потенциалов (ВП) [M. Field et al., 2009]. Измерение P300 как коррелята сдвига внимания широко распространено и отражает разнонаправленные тенденции в его колебании [H.Y. Han et al., 2014]. Цель работы – сравнение амплитуды вызванного потенциала P300 на связанные с алкоголем и нейтральные стимулы у лиц с АЗ.

Материалы и методы. Выборку составили 30 человек с АЗ, прошедших лечение в НИИЦ ПН имени В.М. Бехтерева (из них 4 женщины, 13,3 %). Средний возраст – 39,8(10,4) М(σ) лет. Процедура исследования включала последовательный просмотр испытуемыми 2-х серий

изображений с безалкогольными и алкогольными напитками. Каждая серия – 45 предъявлений. Время экспозиции – 1000 мс, межстимульный интервал – 300–600 мс. Использовалась программа построения психологических экспериментов (The Psychology Experiment Building Language, PEBL). Использовался 21-канальный электроэнцефалограф «Мицар-201» с программным обеспечением «Win EEG v.2.4». Electroды устанавливались согласно международной системе 10/20, монтаж – монополярный. Анализ данных проводился с помощью программы MATLAB версии R2019b. Сигнал ЭЭГ был отфильтрован до частоты от 0 до 50 Гц. Работа с артефактами проводилась вручную и с использованием пакета FieldTrip версии aa92b9f с анализом независимых компонент. Сравнение P300 по отведениям проводилось с использованием парного t-критерия Стьюдента с пермутацией.

Результаты. Значимо более позитивными были показатели амплитуды P300 в ответ на нейтральные стимулы по сравнению с ответом на алкогольные стимулы в следующих отведениях: Fpz ($p=0,016$), Fz ($p=0,041$), P4 ($p=0,039$), P7 ($p=0,036$), P8 ($p=0,019$).

Обсуждение. Увеличение амплитуды P300 может отражать «усиление» внимания по отношению к определенному типу стимулов [M.Field et al., 2009]. Полученные в текущем исследовании результаты указывают на усиление тенденции к избеганию связанных с алкоголем стимулов у лиц с зависимостью от алкоголя [T.E.Robinson, K.C. Berridge, 1993], что соответствует современным данным о механизмах ААСВ у лиц с АЗ и входит в противоречие с концепцией Андерсона [B.A.Anderson, 2016]. Следует указать на клиническую значимость ААСВ, так как в сходных исследованиях усиление тенденции избегать связанные с алкоголем стимулы была ассоциирована с большим употреблением алкоголя в последующем [M.Field et al., 2009]. Ограничения: отсутствие контрольной группы; малое количество предъявлений.

Литература

1. *Anderson B.A.* 2016. What is abnormal about addiction-related attentional biases?. *Drug and alcohol dependence*, 167, 8–14.
2. *Field M., Munafò M.R., Franken I.H.* 2009. A meta-analytic investigation of the re-relationship between attentional bias and subjective craving in substance abuse. *Psy-chological bulletin*, 135(4), 589–607.
3. *Han H.Y., Gan T., Li P., Li Z.J., Guo M., Yao S.M.* 2014. Attentional bias modulation by reappraisal in patients with generalized anxiety disorder: an event-related potential study. *Brazilian journal of medical and biological research*, 47(7), 576–583.
4. *Robinson T.E., Berridge K.C.* The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*. 1993;18:247–291
5. *Stacy A.W., Wiers R.W.* 2010. Implicit cognition and addiction: a tool for explaining paradoxical behavior. *Annual review of clinical psychology*, 6, 551–575.

Комплексный подход к реабилитации наркологических больных в Удмуртской Республике

Блинова С.В.

*БУЗ УР «Республиканский наркологический
диспансер МЗ УР» Ижевск, Россия
svetofor@mail.ru*

Ключевые слова: реабилитация, наркологические расстройства, психотропные вещества

An integrated approach to the rehabilitation of drug addicts in the Udmurt Republic

Blinova S.V.

*Ministry of health Udmurt Republican
narcology dispensary, Izhevsk, Russia*

Keywords: rehabilitation, narcological disorders, psychotropic substances

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики осуществляет деятельность в направлении развития медицинской реабилитации, как составляющей комплексной реабилитации потребителей наркотических средств, психотропных веществ, а также взаимодействия и преемственности медицинской и социальной реабилитации и ресоциализации.

Специалисты Республиканского наркологического диспансера Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (далее – РНД), на всех этапах диспансерного наблюдения за больными наркоманией, лечения, медицинской реабилитации проводят мотивационную работу на включение потребителей наркотических средств и психотропных веществ в процесс комплексной реабилитации, включающей медицинскую, социальную реабилитацию и ресоциализацию.

В РНД созданы и функционируют три структурных реабилитационных подразделения: амбулаторное реабилитационное отделение (с 2007 года), Центр реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами стационарного типа на 10 коек круглосуточного пребывания (с 2012 года), отделение медицинской реабилитации на 25 коек круглосуточного пребывания для взрослых (с 2016 года).

Разработаны и реализуются мотивационные (предреабилитационные) программы для наркологических больных, проходящих стацио-

нарное лечение, краткосрочные и долгосрочные программы стационарной медицинской реабилитации для несовершеннолетних и взрослых, амбулаторные программы медицинской реабилитации для пациентов, прошедших этапы реабилитации в стационарных условиях, либо пред-реабилитационные программы, а также для лиц, которым судом вменено прохождение медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация осуществляется бригадой специалистов – врачами психиатрами-наркологами, психотерапевтами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, средним и младшим медицинским персоналом. Немаловажная роль отведена и воспитателям Центра реабилитации несовершеннолетних, которые осуществляют реализацию воспитательно-образовательного компонента реабилитационной программы.

Для проведения психодиагностики и психологической коррекции в рамках психологического блока реабилитационных программ, широко используются аппаратные методики с использованием комплексов биологической обратной связи – БОС; комплекса КПФК – 99 «Психомат»; цифрового анализатора кардиоритмов «Омега – М»; аппаратов транскраниальной стимуляции головного мозга – Трансаир-05; программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса – ПРАК.

Оборудованы комнаты психологической разгрузки, гипнотарии.

Для занятий спортом имеются спортивный и тренажерный залы.

Для реабилитантов организованы Школы Здоровья для пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.

На регулярной основе представители Центра службы занятости населения осуществляют консультирование пациентов РНД по вопросам трудоустройства.

Проводятся мероприятия по профессиональной ориентации и среди пациентов Центра реабилитации несовершеннолетних. С этой целью, проводятся выездные мероприятия в организации, а также приглашаются специалисты-волонтеры. Используется и родительский ресурс. Немаловажным является организация образовательного процесса в Центре, реализуемого рамках соглашения с общеобразовательной школой № 95 г. Ижевска, которая имеет лицензию на осуществление образовательной деятельности в республиканском наркологическом диспансере. Подростки, проходящие медицинскую реабилитацию, не только обучаются и аттестуются по соответствующим школьным программам, но и ежегодно выпускники сдают государственные экзамены в Центре в соответствие с нормативными требованиями.

В рамках реабилитационной программы проводятся мероприятия по духовному воспитанию. С участием служителей Русской Православной Церкви проводятся часы православия.

На протяжении всего реабилитационного процесса регулярно проводятся собрания сообществ АА и АН.

С 2015 года прослеживаются четкие тенденции увеличения числа наркопотребителей, прошедших программы медицинской реабилитации, что связано, в том числе, со вступлением в силу с мая 2014 года Федерального закона № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который закрепил дополнительные правовые механизмы побуждения больных наркоманией, совершивших преступления и административные правонарушения, к лечению от наркомании и реабилитации.

Число несовершеннолетних, страдающих наркологическими расстройствами, вовлеченными в краткосрочные реабилитационные программы, остается стабильным на протяжении с 2015 года. Вместе с тем число несовершеннолетних наркопотребителей прошедших реабилитацию возросло в 1,8 раза.

В Центре реабилитации несовершеннолетних ежегодно проходят долгосрочные реабилитационные программы порядка 40 детей и подростков. Средняя длительность пребывания составила в 2019 году 88 к/дней.

Порядка 60 % из числа несовершеннолетних реабилитантов составляют лица, допускающие пагубное потребление нескольких видов психоактивных веществ и зависимые от них. 12 % – потребители наркотических средств.

На всех этапах медицинской реабилитации осуществляется мотивационная работа, направленная на включение пациентов в комплексные программы реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации.

По вопросам сотрудничества в сфере социальной реабилитации наркопотребителей, прошедших медицинскую реабилитацию заключены и реализуются Соглашения:

- с комплексным центром социального обслуживания населения (КЦСОН) Ленинского района города Ижевска, на базе которого созданы места для социальной реабилитации наркопотребителей;
- Православным реабилитационным центром Ижевской и Удмуртской Епархии Русской Православной Церкви,
- организациям, входящими в республиканский реестр – АНО «Доброе сердце», «Спутник Саратов».
- ФСИН России по УР, ФКУЗ «МСЧ № 18 УФСИН России по УР».

Продолжается работа по формированию социального компонента региональной системы комплексной реабилитации и ресоциализации несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ.

В конце 2018 года, специалистами Республиканского центра психолого-педагогической помощи населению «СоДействие» и республиканского наркологического диспансера разработана комплексная программа социальной реабилитации несовершеннолетних наркопотребителей,

прошедших лечение и завершивших интеграционный этап медицинской реабилитации – «Дорога к себе».

Проведение реабилитационных мероприятий, позволило улучшить показатели ремиссии больных наркоманией, которые являются одними из индикаторов государственной программы Удмуртской Республики «Противодействие незаконному обороту наркотиков в Удмуртской Республике». Так число больных наркоманией, находящихся в длительной ремиссии (свыше 2-х лет) составило по итогам 2019 года 11,5 на 100 больных среднегодового контингента (в 2017 году этот показатель составлял 10,1). Показатели ремиссии от 1 года до 2-х лет составили в 2019 году 12,5 на 100 больных по сравнению с 11,8 в 2017 году. Наряду с этим, показатели ремиссии у больных наркоманией, прошедших стационарную медицинскую реабилитацию составили 28 %, что значительно выше показателей общего контингента больных наркоманией.

Литература

1. Агибалова Т.В., Дудко Т.Н., Винникова М.А. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля, (Москва 2015). С.34–35.
2. Дудко Т.Н., Райzman Е.М. Социальная работа в наркологии (методические рекомендации), (Москва 2007.), С. 4.

Особенности диагностики нарушений социального и эмоционального интеллекта больных шизофренией на ранней стадии течения заболевания

Брагин Д.А.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», г. Самара, Россия*

bragin.mail@gmail.com

Ключевые слова: социальное познание; тест Роршаха в Интегративной системе Экснера; шизофрения

Features of diagnosis of social and emotional intelligence disorders in patients with schizophrenia at early stage of the disease

Bragin D.A.

*FSBEI HE «Samara State
Medical University», Samara, Russia*

bragin.mail@gmail.com

Keywords: social cognition; Rorschach test in the Exner Integrative System; schizophrenia

Ведущим научным концептом, объясняющим природу и особенности социального функционирования человека, является «модель психического» – «theory of mind». Согласно ей, обладающий «моделью психического» субъект имеет представление о своем ментальном мире и ментальном мире других. Он способен воспринимать как свои собственные переживания, чувства, намерения, знания, так и переживания других людей [1].

Наиболее привычными и знакомыми моделями, объясняющими особенности социального функционирования, являются модели социального интеллекта и совсем новые модели эмоционального интеллекта. Главная трудность при использовании любого объясняющего концепта – диагностика, а именно валидные и стандартизованные методы, позволяющие оценивать состояние социального функционирования [1].

В связи с вышеуказанным, а также, в связи с малым числом исследований, посвященных ранней диагностике нарушений социального функционирования больных шизофренией и методологической трудностью изучения предмета исследования целью проводимого нами

исследования стали специфика диагностики данного рода нарушений (преимущественно, проективными методами) и особенности организации психокоррекционного воздействия на обозначенные благодаря выполненной диагностики мишени.

Исследование проводилось с февраля 2016 по декабрь 2019 года на клинических базах, которыми выступали ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница» и ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер». К исследованию привлекались пациенты с верифицированным диагнозом «шизофрения» (на ранней стадии течения). В качестве методов исследования были использованы: Методика «Тест чернильных пятен Г. Роршаха» (The Rorschach Inkblot Test, 1921); Тест «Понимание психического состояния по глазам» – Reading the mind in the Eyes (Baron-Cohen et al., 2001) – модифицированный вариант Е.Е. Румянцевой, 2016; Тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, М. Салливена (адаптация Е.С. Михайловой, 1996); Методика «Эмоциональный интеллект» Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо (MSCEIT V2.0), 2014; Тест эмоционального интеллекта Люсина (ЭмИн), 2006; Тест эмоционального интеллекта Холла. Методы обработки данных: Интегративная система Джона Экснера (Exner, 1997, 2003).

В ходе исследования были получены следующие результаты. Анализ характеристик распознавания реальности в методике Роршаха показал, что у относительно скомпенсированных больных шизофренией на ранней стадии заболевания обнаруживается нарушение адаптации вследствие неадекватного усложненного восприятия ситуации, когда для испытуемого «все связано со всем». По показателю «оралитета», отражающему степень инфантилизма, стремления к зависимости от других, нужде в привязанности и близких отношениях, больные значительно не отличаются от нормы. Нормальный уровень социального интереса (Human Cont) обнаружен только у 28,5 % больных, у 71,4 % уровень снижен. Сочетание значений Pure N и Human Cont свидетельствует о том, что больные шизофренией часто (в достоверно большей степени, чем здоровые) заблуждаются по поводу мотивов и намерений окружающих, не ожидая от них ничего хорошего. Значения комплексного индекса CDI, представляющего собой эмпирическую модель общей социальной некомпетентности или незрелости, у 71,4 % больных диагностически значимы, а у оставшихся 28,6 % его значения находились на максимально допустимом критическом уровне.

В тесте Гилфорда выявлены достоверные различия между экспериментальной и контрольной подгруппами как по общему показателю состояния социального интеллекта ($M_o = 20$ и 39 , соответственно), так и субтестов 1,3,4.

Результаты выполнения теста «MSCEIT v2.0»: достоверные различия в значениях «стратегического домена» (104/78), «сознательное управление эмоциями» (108/88), «понимание и анализ эмоций» (103/80), «ис-

пользование эмоций в решении проблем» (107/92). Общий балл: Мо = 93 и 117 в экспериментальной и контрольной группах, соответственно.

Результаты выполнения теста «RMET»: Общий балл: Мо = 7 и 12,5 в экспериментальной и контрольной группах, соответственно.

Тестовые опросники Холла и Люсина были наименее диагностически «полезны». Достоверных различий между группами найдено не было. Все различия были весьма незначительными, по всем шкалам.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы. Больные шизофренией даже на раннем этапе течения заболевания хуже справляются с решением задач на оценку успешности социального функционирования (и в рамках концепта Theory of Mind, и ЭИ, и СИ). Наиболее значимые и достоверные различия обнаруживаются при выполнении больными шизофренией заданий, связанных с особенностями восприятия и анализа не столько самих социальных стимулов, сколько их нюансировкой. В структуре нарушений социального функционирования преобладают также трудности прогнозирования как своих дальнейших поступков, так и собеседника. Детерминирует снижение общей социальной некомпетентности у больных шизофренией также практически редуцированная возможность использования эмоций и их проявлений в решении «социальных» задач.

Анализ взаимосвязей показателей Итнегративной системы Экснера для проективной психодиагностической методики Роршаха, отражающих особенности восприятия позволил заключить: большое число количественных показателей психодиагностических методик, направленных на исследование особенностей и нарушений социального функционирования достоверно взаимосвязаны с показателями Интегративной системы, отражающими особенности и характер распознавания в целом и адекватности распознавания в частности, уровнем искажения восприятия, организационной активностью акта восприятия и уровнем аналитико-синтетической деятельности; выявленные нарушения не детерминируются влиянием ситуативных факторов; страдают также процессы восприятия не только социальных стимулов.

Наиболее чувствительными и валидными в оценке состояния социального функционирования являются проективные методики. Полученные данные позволяют оптимизировать тестовую батарею для диагностики нарушений социального функционирования. Факт детерминирования успешности социального функционирования особенностями процессов восприятия позволит также определить новые мишени для психокоррекционного воздействия.

Литература

1. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра // Мед. псих. в России: эл. науч. журн. – 2014. – N 6(29). – С. 10.

Взаимосвязь симптомов ПТСР и психологического благополучия у наркозависимых

Грачева Ю.В.

*Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия*
89037009245@mail.ru

Бердичевский А.А.

*Православный центр помощи наркозависимым
«Реабилитация Live», Москва, Россия*
berdichevsky.alexey@gmail.com

Лазарев А.В.

*Православный центр помощи зависимым
«Реабилитация Live», Москва, Россия*
ccfoda@gmail.com

Ключевые слова: ПТСР, психическая травма, психологическое благополучие, наркомания, химическая зависимости

Relationship between PTSD Symptoms and Psychological Well-being in Drug Addicts

Gracheva Y.V.

*Moscow State University of Medicine and Dentistry
named after A.I. Evdokimova, Moscow, Russia*

Berdichevsky A.A.

*“Rehabilitation Live” Orthodox Christian
Drug and Alcohol Rehab, Moscow, Russia*

Lazarev A.V., “Rehabilitation Live” Orthodox

Christian Drug and Alcohol Rehab, Moscow, Russia

Keywords: PTSD, mental trauma, psychological well-being, drug addiction, chemical dependency

Введение. В современном мире люди постоянно становятся участниками разных психотравмирующих событий, особенно часто это происходит в среде как алкоголезависимых, так и наркозависимых людей [2]. Переживание этих травмирующих событий может приводить к посттравматическим стрессовым состояниям, апогеем которых является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). «ПТСР – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека» [4, с 14].

Переживание травматического опыта потребителями психоактивных веществ может быть связано с их психологическим благополучием. Под *психологическим благополучием* понимается «полнота самореализации человека в конкретных жизненных условиях и обстоятельствах, нахождение «творческого синтеза» между соответствием запросам социального окружения и развитием собственной индивидуальности» [3].

Б.В. Зейгарник выделяла среди главных заслуг своего учителя К. Левина – целостный подход к изучению личности [1]. Сегодня Русская Православная Церковь, активно помогая людям, столкнувшимся с проблемой зависимости, в изменении их образа жизни, способствует реализации именно целостного подхода в преодолении алкоголизма и наркомании, помогая решать не только их психофизиологические и социальные проблемы, но и духовные.

На данный момент, не обнаружено исследований о взаимосвязи симптоматики ПТСР и психологического благополучия у потребителей психоактивных веществ (ПАВ), обращающихся за помощью в Русскую Православную Церковь.

В связи с этим **целью** исследования стало изучение взаимосвязи посттравматических стрессовых реакций и психологического благополучия участников амбулаторной программы реабилитации наркозависимых при храме Живоначальной Троицы в Кожевниках.

Задачи исследования:

1. Определение различий степени выраженности переживания травматического опыта и уровня психологического благополучия алкозависимых людей и полинаркоманов.
2. Определение взаимосвязи степени выраженности симптомов ПТСР и характеристик психологического благополучия у потребителей ПАВ.

Методики исследования:

- «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций адапт. Н.В. Тарабриной
- «Шкала психологического благополучия Рифф адапт. Н.Н. Лепешинского.

Общую выборку (N=30) составили мужчины (N=20) и женщины (N=10) в возрасте от 19 до 57 лет (M=36,86, SD=11,06) употребляющие ПАВ и проходящие амбулаторную программу реабилитации в Православном центре помощи наркозависимым «Реабилитация Live».

Результаты исследования и их обсуждение.

Получены различия в показателях психологического благополучия между алкозависимыми и людьми, склонными к употреблению различных ПАВ, а именно в степени выраженности характеристики «Управление окружением» ($U=2,041241$, $p<,05$). Люди, употребляющие алкоголь более хорошо, управляют своим окружением и контролируют внешнюю действительность, чем люди, склонные к употреблению различных

ПАВ. Различий в степени переживания травматического опыта между алкозависимыми и полинаркозависимыми людьми не обнаружено.

Была установлена взаимосвязь степени выраженности посттравматических стрессовых реакций и характеристик психологического благополучия людей, употребляющих ПАВ. Степень выраженности симптомов ПТСР отрицательно взаимосвязана с такими характеристиками психологического благополучия как: «Управление окружением» ($R=-0,67$, при $p<0,01$), «Самопринятие» ($R=-0,62$, при $p<0,01$) и «Цель в жизни» ($R=-0,55$, при $p<0,02$), а также общим индексом психологического благополучия ($R=-0,61$, при $p<0,01$).

Выводы. Люди, склонные к употреблению алкоголя, способны лучше управлять окружающей их средой, чем полинаркозависимые.

Интенсивность проявления симптомов ПТСР не связана с видом ПАВ, которые употребляет человек.

Степень выраженности травматического опыта обратно коррелирует с возможностью управления средой, самопринятием человека, наличием цели в жизни, а также общим психологическим благополучием.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Психология личности: норма и патология: Избранные психологические труды / Б.В. Зейгарник; Под. ред. М.Р. Гинзбурга – 4-е изд. стер. – М.: Изд-во МПСУ, 2007.
2. *Кадыров Р.В., Ковалев И.А., Ильина И.С.* Психическая травма раннего возраста и психологические характеристики личности наркозависимых // ТМЖ. 2016. № 4 (66). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskaya-travma-rannego-vozrasta-i-psihologicheskie-harakteristiki-lichnosti-narkozavisimyh> (дата обращения: 23.08.2020).
3. *Лепешинский Н.Н.* Адаптация опросника «Шкала психологического благополучия» К. Рифф. Психологический журнал, 2007 г., № 3, стр. 24–37.
4. *Тарабрина Н.В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1 Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007.

Влияние психотерапии на проявления депрессии и патологического влечения к алкоголю у больных с биполярным аффективным расстройством и коморбидной зависимостью от алкоголя

Гуревич Г.Л.

*ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия
g_gurevich@mail.ru*

Агибалова Т.В.

Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Рычкова О.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Бузик О.Ж.

Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя; биполярное аффективное расстройство; психотерапия

The influence of psychotherapy on depression and craving in patients with bipolar disorder and comorbid alcohol dependence

Gurevich G.L.

PhD, Peoples' Friendship University of Russia

Agibalova T.V.

PhD, Moscow Research Centre for Addictions

Rychkova O.V.

PhD, Moscow State University of Psychology and Education

Buzik O.J.

PhD, Moscow Research Centre for Addictions

Keywords: alcohol dependence; bipolar disorder; psychotherapy

Исследования последних лет свидетельствуют, что доля больных алкогольной зависимостью (АЗ) в когорте пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, значительно превышает таковую в общей популяции. Сочетание биполярного аффективного расстройства (БАР) и АЗ крайне неблагоприятно в отношении изменения восприимчивости к психофармакотерапии, сопутствующих трудностей ее органи-

зации, высокой вероятности экзацербации психопатологической симптоматики, сокращения периодов ремиссий. Принимая во внимание наличие у больных проявлений и БАР и клинической симптоматики АЗ, необходима разработка и оценка эффективности соответствующих методов психотерапии в комплексной терапии с учетом выделенных мишеней.

Цель исследования: изучить влияние специализированной на проявлении депрессии и патологического влечения к алкоголю у больных с БАР и коморбидной АЗ.

Методология исследования. Для проведения исследования на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (2014–2018 гг.) были набраны две группы больных. Основная группа – группа больных-мужчин БАР (униполярная депрессия, текущий эпизод легкой, умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов. Шифр по МКБ-10 – F 31.3, 31.4) с АЗ второй стадии (N=73). Средний возраст пациентов основной группы составил $39,7 \pm 5,4$ лет. Группа была разделена случайным образом на подгруппы А и Б; подгруппа А (N=35) проходила специализированную психотерапевтическую программу, а подгруппа Б (N=38) получала сопровождение в виде консультирования по вопросам зависимости. Контрольная группа – амбулаторные и стационарные пациенты-мужчины с диагнозом АЗ второй стадии (F10.2 по МКБ-10) без коморбидных психических и сочетанных наркологических расстройств (N=97). Средний возраст пациентов контрольной группы составил $31,7 \pm 4,7$ лет. Пациенты получали рутинное сопровождение в виде амбулаторных консультаций врача-психиатра-нарколога.

Методы и процедура. Специализированная психотерапевтическая программа построена на основе психодинамической и когнитивно-поведенческой традиций, сочетая приемы мотивационного интервью на начальном этапе, поддерживающей (суппортивной) психотерапии, показанной пациентам с тяжелыми депрессивными состояниями, приемы работы с иррациональными когнициями, а также оригинальные и высоко значимые для выбранного контингента больных приемы проблемно-разрешающей, стресс-совладающей психотерапии, построенной не только применительно к внешним стрессам и жизненным обстоятельствам, но и с учетом актуальной симптоматики психического расстройства, требующей «совладания» с нею.

Результаты. Данные повторного тестирования, производимого после начала участия подгруппы А в специализированной психотерапевтической программе и начала амбулаторного наблюдения подгруппы Б, свидетельствуют о значительно более отчетливом снижении показателей уровня депрессии у пациентов подгруппы А. При третьей оценке, производимой после полугода ведения больных, в подгруппе А удалось добиться снижения показателей депрессии до уровня $11,3 \pm 3,1$ балла по тесту Бека и 5,2 балла по тесту Монтгомери-Асберг (в контрольной

группе значения составили $15 \pm 5,5$ и $7,2$ балла, соответственно). То есть пациенты формировали стойкую ремиссию психического расстройства.

Несмотря на то, что в обеих подгруппах показатели ПВА снизились в процессе лечения и психотерапии, существенных различий такого снижения сравнительный анализ не подтверждает. Этот результат свидетельствует о том, что проявления ПВА у пациентов с БАР и коморбидной АЗ являются весьма трудно корригируемыми, стойкими и мало зависящими от предпринятых психотерапевтических усилий. В то же время, само по себе наличие ПВА не предопределяет абсолютно факта приема спиртного, поскольку первое есть параметр, отражающий субъективные переживания пациента, а второе – поведенческие проявления.

Результаты сравнения подгрупп А и Б, а также группы пациентов АЗ без коморбидной патологии, по длительности нахождения в программе, свидетельствуют, что пациенты с АЗ и коморбидной БАР (если усреднить данные по подгруппам А и Б) вполне сопоставимы по длительности пребывания в программе с пациентами контрольной группы. Однако внутри основной группы мы видим расхождение, когда при проведении специализированной психотерапии число лиц, длительно остающихся в программе, обнаруживают более стойкие ремиссии. Можно также утверждать, что больные из подгруппы А формируют отчетливый запрос на врачебную помощь, уровень присущей им комплаентности заметно выше.

В основной группе присутствуют больные с разными вариантами симптомокомплексов: ПВА, СО, параметров толерантности, равно как и с разной степенью прогрессивности алкогольной зависимости, ее глубиной. Кроме того, у них варьируют параметры психического расстройства: частота возникновения и глубина депрессивных состояний, наличие и степень выраженности фазности аффективных колебаний, наличие-отсутствие проявлений реактивной лабильности и/или эндогенного характера колебаний аффекта. Это требует индивидуального подхода к ведению больных с БАР и коморбидной АЗ при прохождении ими специализированной психотерапии.

Можно видеть, что у пациентов с БАР и коморбидной АЗ не установлено связей длительности ремиссии наркологического заболевания со степенью выраженности депрессии. Это легко объяснимо, так как к срыву, к рецидиву наркологического заболевания могут приводить не только сдвиг аффекта в сторону депрессии, но в сторону гипомании. Важно, что на прогноз психотерапии не оказывает прямого влияния и показатель силы ПВА.

Выводы. Можно утверждать, что участие в специализированной психотерапевтической программе позволяет уменьшить проявления депрессии и ПВА у больных с БАР и коморбидной АЗ, но для обеспечения такого рода результата необходимо построение гибкой психотерапев-

тической программы, со специальными способами мониторинга психического состояния больного, поскольку изменения такого состояния трудно предсказуемы и нередко разрушительны.

При проведении специализированной психотерапевтической программы для больных с БАР и коморбидной АЗ особое значение приобретают факторы достижения стабильных межличностных поддерживающих отношений врач-больной, и возможность индивидуализации программ психотерапевтической помощи.

Личность в пространстве домашней среды как фактора динамики и сохранения психического здоровья семьи. Домашняя среда как фактор сохранения психического здоровья личности

Гуткевич Е.В.

*ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский
Томский государственный университет»,
ФГБНУ «Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук»,
Научно-исследовательский институт
психического здоровья, Томск, Россия*

Ключевые слова: домашняя среда, личность, семья, психическое здоровье, психические расстройства, ресурсы, адаптация, охрана здоровья

Personality in the space of the home environment as a factor of mental health of the family

Gutkevich E.V.

*National research state University,
National research medical center of the Russian
Academy of Sciences, Research Institute
of mental health, Tomsk, Russia*

Keywords: home environment, personality, family, mental health, mental disorders, resources, adaptation, health protection

Введение. Актуальность изучения взаимосвязи характеристик домашней среды человека с различным уровнем психического здоровья определяется трансформацией парадигмы здоровья и многофакторностью причин возникновения и развития заболеваний; необходимостью идентификации ресурсов личности и семьи для формирования равноуровневых адаптационных компетенций, направленных на сохранение психического здоровья; важностью получения новых знаний о механизмах охраны психического здоровья, развертывающихся в семье, которая фокусирует в себе практически все аспекты человеческой жизнедеятельности, проявляя психолого-социальную и биологическую сущности [1].

Постановка проблемы. Домашняя среда является комплексом позитивных чувств и переживаний по отношению к дому как к личностно значимому месту, влияющему на поведение и ценности, направляющему

жизнь, поддерживающему психологическое благополучие человека [2]. Пространство домашней среды формируется, в том числе и семьей. Семейное функционирование и адаптация, описываемые в том числе, психолого-генетическими феноменами и психогенеалогией, являются в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья [3]. Наиболее уязвимыми сферами жизни в семье респондентов с хроническими психическими расстройствами и повторными госпитализациями являются отношения с окружающими их людьми. По данным тестирования с использованием разработанной нами «Анкеты антирецидивного поведения» установлено, что у подавляющего большинства пациентов-женщин есть друзья или члены семьи, которые их поддерживают, мужчины чаще отвечали отрицательно; выявлены особенности ежедневной деятельности, в которой они будут участвовать. Для пациентов разработаны персонализированные программы ежедневной деятельности в сфере физической активности «Пирог физической активности», питания «Моя еда для меня», реструктуризации представлений о своем теле и самоконтроле «Мой дневник» [4]. Настоящее исследование проведено для получения стандартизированных оценок отношения к домашней среде, к дому как месту функционирования семьи лиц с психическими расстройствами.

Методы и результаты исследования. Цель – в пилотном исследовании психически больных лиц разного возраста апробировать метод оценки привязанности к дому. Методы и материалы – экспериментально-психологический опросник «Мой дом» [5], методы математической статистики. Обследовано 12 пациентов в возрасте от 21 года до 60 лет с диагнозом по МКБ-10 F2. Результаты тестирования опросника «Мой дом» показали, что средний балл «силы значимости дома для его обитателей» по массиву данных составил 4,14, что отличается от среднего значения 3,73 [5].

Обсуждение. Возраст большинства обследованных лиц с психическими расстройствами относится к периоду средней зрелости, когда возрастная специфика психологических основ привязанности, вероятно, может быть сопряжена с множеством фактов, в том числе частым нахождением вне домашней среды в периоды повторных госпитализаций.

Выводы. Выявленные психологические особенности субъективного отношения к дому в перспективе могут стать индикаторами психологической адаптации при расстройствах психического здоровья.

Литература

1. *Бохан Н.А., Гуткевич Е.В.* Охрана психического здоровья семьи как ресурс развития, повышения качества жизни и активного долголетия всех поколений / Психическое здоровье семьи в современном

- мире: сборник тезисов III Российской конференции с международным участием (Томск, 24–25 октября 2019 г.) / под ред. Н.А. Бохана, А.В. Семке, Е.В. Гуткевич. Томск: Отдел полиграфии Томского ЦНТИ, 2019; 5–9.
2. *Нартова-Бочавер С.К., Дмитриева Н.С., Резниченко С.И., Кузнецова В.Б., Брагинец Е.И.* Метод оценки дружелюбности жилища: опросник «Функциональность домашней среды». Психологический журнал. 2015; 36; 4; 71–84.
 3. *Гуткевич Е.В., Шатунова А.И.* Межпоколенная передача психической травмы, психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 3 (104); 21–32. doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-21-32.
 4. *Gutkevich E., Lebedeva V., Bokhan N., Vladimirova S.* “Features of the phenomenon of re-hospitalizations and opportunities of formation of anti-relapse behavior in mental disorders” 19th WPA World Congress, 21–24 August, 2019, Lisbon, Portugal. Morressier. doi: 10.26226/MORRESSIER.5D1A0377558B317A1407AF.
 5. *Резниченко С.И., Нартова-Бочавер С.К., Кузнецова В.Б.* Метод оценки привязанности к дому. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2016; 13; 3; 498–518.

Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией

Давыдова Е.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
davidova.kate@hotmail.com

Ключевые слова: детский травматический опыт, негативный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы, параноидная шизофрения

The relations between childhood traumatic experience, early maladaptive schemas and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia

Davydova E.V.

St. Petersburg State University

Keywords: childhood traumatic experience, adverse childhood experience, early maladaptive schemas, paranoid schizophrenia

Введение. Биопсихосоциальная модель психических расстройств является основой современной клинической психологии и психотерапии. Однако в настоящий момент в отечественной клинической психологии отмечается дефицит комплексных исследований семейного и среднего контекста расстройств шизофренического спектра, при наличии углубленных исследований внутрисемейной системы у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [2]. Актуальность изучения средовых и семейных факторов обусловлена еще и тем, что современные генетические исследования пяти психических расстройств, которые рассматриваются в качестве отдельных категорий (расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, биполярное расстройство, депрессивное расстройство и шизофрения), не выявили специфических генетических различий между ними [3].

Психологическая травма рассматривается как следствие неблагоприятных средовых факторов. Под психологической травмой понимается личностно значимая ситуация, имеющая характер патогенного воздействия на психику человека и способная привести к психическим расстройствам. Психологические травмы традиционно характеризуются интенсивностью, субъективной значимостью, внезапностью и частотой проявления.

Детские травмы дополнительно имеют такие характеристики как актуальность, наличие возможности отреагирования и субъективное ощущение справедливости события [1].

Немаловажным будет отметить, что предыдущие исследования отмечают важность изучения механизмов взаимосвязи детского травматического опыта у пациентов с психическими расстройствами на клинических выборках с более существенной представленностью лиц с высоким уровнем шизотипических симптомов.

Целью нашего исследования являлось изучение характеристик детского травматического опыта (вид, интенсивность, значимость, актуальность, возможность отреагирования и субъективное ощущение справедливости события), взаимосвязи данного вида опыта с психопатологической симптоматикой у взрослых пациентов с параноидной шизофренией и ранними дезадаптивными схемами, которые по нашей гипотезе могут быть включены в механизм данной взаимосвязи.

В качестве основы для создания модели, которая могла бы описывать механизм взаимосвязи детского травматического опыта с развитием психического расстройства, мы адаптировали существующую Модель Травмы, Диссоциации и Психопатологии. Данная модель демонстрирует 2 пути влияния психотравмирующего опыта на дальнейшее развитие психических расстройств. Первый касается психических состояний, связанных с искаженным представлением о себе, других и происходящих событиях. Второй связан с соматическими и телесными состояниями, выражающимися в сниженной способности к интеграции и когнитивному представлению о собственном теле [4]. Ранние дезадаптивные схемы, рассматриваются нами как теоретический конструкт, который мог бы описывать механизмы взаимосвязи психотравмирующего опыта с психопатологией, проходящие по данным путям. Ранняя дезадаптивная схема – это стабильная модель, состоящая из воспоминаний, эмоций, когнитивных и телесных ощущений относительно себя и своего взаимоотношения с другими [5].

Материал и методы. Исследование проводилось на базе городской психиатрической больницы № 6 Санкт-Петербурга. Выборку составили 30 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), находящиеся на стационарном лечении. На момент интервьюирования все респонденты находились в подостром состоянии/становлении ремиссии, соответствующем уровню данного вида исследования. Все больные отбирались по качественным признакам: гомогенность клинической симптоматики и психофармакологической терапии.

Дизайн исследования включал в себя опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90; опросник неблагоприятного детского опыта (WHO ACE IQ) для определения вида психотравмирующего опыта и степени его выраженности; методику диагностики

ранних дезадаптивных схем Д. Янга «YSQ-S3R»; структурированную анкету для определения других характеристик детского травматического опыта. Для математической обработки данных, которая проводилась в программе SPSS, использовалась описательная статистика, непараметрический корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Полученные данные демонстрируют, что у пациентов в нашей выборке присутствовало более 2 видов детского травматического опыта. Наиболее часто встречающимися было эмоциональное насилие, разлучение с родителями в следствие смерти или развода и коллективное насилие (ситуации, когда дети были свидетелями жестокого обращения с другими во дворе, школе) (90 %), а наименее встречающимися – психические заболевания у ближайших родственников (10 %) и сексуальное насилие (13 %).

Респонденты нашей выборки отмечали психотравмирующие события как объективно-значимые, 57 % респондентов не имели возможности отреагирования случившегося события в детстве (разговор с близким, значимым взрослым), 89 % считают их несправедливыми. 46 % пациентов считают травматические события актуальными в настоящий момент. По интенсивности были представлены все виды событий с преобладанием пролонгированных ситуационных, трансформирующих условия многих лет жизни, а также приводящих к психическому перенапряжению.

Было обнаружено, что детский травматический опыт имеет множество взаимосвязей с психопатологической симптоматикой. Множественные взаимосвязи обнаружены у шкал «Физическое насилие» ($p < 0,05$), «Эмоциональное насилие» ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), «Сексуальное насилие» ($p < 0,05$), «Употребление ПАВ родителями или опекунами» ($p < 0,05$), «Эмоциональное пренебрежение» ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), «Физическое пренебрежение» ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), «Буллинг» ($p < 0,05$) и «Коллективное насилие» ($p < 0,01$). Наибольшее количество взаимосвязей у шкалы «Эмоциональное насилие». Данный показатель связан со всеми шкалами симптоматического опросника SCL-90, отражающего психопатологическую симптоматику.

3 домена ранних дезадаптивных схем (в порядке убывания по количеству связей: «Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») имеют множество взаимосвязей ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) с детским травматическим опытом и психопатологической симптоматикой.

Выводы. Детская психологическая травма оказывает значимое влияние на картину болезни у взрослых пациентов с параноидной шизофренией и может являться значимым фактором риска для данной нозологической группы. Наиболее представлены такие виды детского травматического опыта как «Эмоциональное насилие», «Разлучение с родителями в следствие смерти или развода», «Коллективного на-

силія». Детский травматический опыт имеет множественные связи с психопатологической симптоматикой, причем эмоциональное насилие связано со всеми видами психопатологической симптоматики. 3 домена ранних дезадаптивных схем («Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») могут быть включены в механизм взаимосвязи детского травматического опыта с психопатологической симптоматикой как опосредующие или сопутствующие факторы.

Литература

1. Волкова Е.Н., Исаева О.М. Ребенок и насилие: диагностика, предотвращение и профилактика: монография //Н. Новгород. – 2015.
2. Коновалова А.Х., Холмогорова Б.А., Долныкова А.А. Репрезентации родительской семьи у больных шизоаффективными расстройствами и шизофренией // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № . 4. – С. 70–95.
3. Jordan W. Smoller (lead), Nicholas Craddock, Kenneth Kendler, Phil Hyoun Lee, Benjamin M. Neale, John I. Nurnberger, Stephan Ripke, Susan Santangelo, Patrick F. Sullivan. Identification of risk with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Published online February 28, 2013 www.thelancet.com
4. Schimmenti A., Caretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self // Psychoanalytic Psychology. – 2016. – Т. 33. – № . 1. – С. 106.
5. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema-focused therapy: A practitioner’s guide. – 2003.

Особенности ольфакторных процессов у пациентов шизофренического спектра

Дмитриева Н.Г.

Научный центр психического здоровья

(ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия

alennoss@gmail.com

Шуненков Д.А.

Федеральный научно-клинический

центр реаниматологии и реабилитологии

(ФНКЦ РР), Московская область, Россия

voksined@yandex.ru

Ениколопов С.Н.

Научный центр психического

здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия

enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: шизофрения, ольфактометрия, диагностика, депрессия, ангедония

Olfactory processing of patients with schizophrenia

Dmitrieva N.G.

The Mental health research center, Moscow, Russia

Shunenkov D.A.

Federal Research and Clinical Center of Intensive Care

Medicine and Rehabilitation, Moscow, Russia

Enikolopov S.N.

The Mental health research center, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, olfactory, diagnostic, depression, anhedonia

Введение. На данный момент, применение биофизиологических методов диагностики базовой сенсорной обработки (слуховой, зрительной, обонятельной) может стать информативным и практичным в качестве исследования биомаркеров шизофрении [3,4]. В статье предоставлены дополненные результаты исследований функции обоняния и эмоционально-личностной сферы у пациентов шизофренического спектра в сравнении с группой людей, не страдающих психическими расстройствами [3]. Полученные результаты могут свидетельствовать о взаимосвязи нарушений обонятельной функции с нарушениями эмоционально-личностной сферы у пациентов с шизофренией, что в дальнейшем можно рассматривать как дополнительный диагностический критерий.

Целью данного исследования является изучить взаимосвязь ольфакторных нарушений (снижение способности к распознаванию запахов) и актуального эмоционального состояния и поведения у пациентов страдающих заболеваниями шизофренического спектра.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, проходящие лечение в психиатрическом стационаре ФГБНУ Научного центра психического здоровья, г. Москвы (N=55) в возрасте от 18 до 45 лет ($m=26,24$ с $sd=6,75$) с диагнозом «Шизофрения» (F20); «Шизоаффективное расстройство» (F25), мужского и женского пола. В качестве группы сравнения выступили люди, не страдающие психическими расстройствами и не проходившие лечение в психиатрических клиниках и стационарах (N=39), в возрасте от 18 до 45 лет ($m=26,23$ с $sd=7,32$), мужского и женского пола. Также были учтены все критерии исключений [3].

Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА» [3]. Для определения актуального эмоционального состояния и поведения применялись опросниковые методы по выявлению актуального эмоционального состояния: «Beck Depression Inventory», «Snaitth-Hamilton Pleasure Scale - SHAPS»; опросник по выявлению ситуативной и личностной тревожности СТ Бизюка; опросник уровня агрессивности Басса-Перри. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA (data analysis software system), version 10, StatSoft, Inc. (2011).

Результаты исследования и обсуждение. По результатам статистического анализа наблюдается снижение способности распознавания запахов у пациентов с шизофренией в сравнении с группой нормы ($\chi^2=31,9$, $df=2$, $p<0,001$), что подтверждается различием итоговой суммы баллов идентифицированных запахов у пациентов с шизофренией ($m=9,09$; $sd=1,28$ против группы нормы $m=10,8$; $sd=1,26$) ($U=360$, $p=0,001$). Полученные данные совпадают с результатами исследований Л. Копала 1989 г и П. Моберга и Б.Турецкого 2013 г., где у пациентов с шизофренией выявлено снижение способности к идентификации запахов [4,5].

Для качественного анализа по отдельности рассматривались подгруппы пациентов и «нормы» в зависимости от успешности распознавания определенных запахов и измеряемыми компонентами эмоциональной сферы и поведения:

Наиболее значимые показатели были выявлены при распознавании запаха «гвоздики». У пациентов «шизофренического спектра» наиболее низкие показатели индентификации запаха «гвоздики» в сравнении с группой «нормы» (точный кр. Фишера, $p=0,008$);

У группы пациентов «шизофренического спектра» различалась степень выраженности личностной тревожности в зависимости от способности к распознаванию запаха гвоздики ($m=5,45$; $sd=2,15$ у пациентов,

способных к распознаванию данного одоранта против $m=7,13$; $sd=2,39$ у пациентов, не распознающих данный запах) ($U=136$, $p=0,012$). Данные показатели указывают на то, что при пониженном уровне личностной тревожности пациенты лучше распознают запах «гвоздики», также у них наблюдаются пониженные показатели по эмоциональному дискомфорту и реакции социальной защиты. Полученные результаты могут быть взаимосвязаны с результатами исследований Демина И.С, где было выявлено, что незнакомые запахи большинством были оценены как нежелательные (негативные), что значительно повышает риск повышения уровня внутренней агрессии [2].

Схожие показатели были выявлены при распознавании запаха «розы» у пациентов с шизофренией по сравнению с группой «нормы». По количественному показателю выявлено, что пациенты идентифицировали запах «розы» меньше, чем группа «нормы» (точный кр. Фишера, $p=0,004$).

У группы пациентов «шизофренического спектра» различалась степень выраженности ангедонии в зависимости от способности к распознаванию запаха розы ($m=2,73$; $sd=2,52$ у пациентов, способных к распознаванию данного одоранта против $m=5,3$; $sd=3,62$ у пациентов, не распознающих данный запах) ($U=120,5$, $p=0,039$). Результаты анализа указывают на то, что чем выше уровень ангедонии у пациентов шизофренического спектра, тем хуже они распознают запах «розы». Полученные результаты также могут быть взаимосвязаны с исследованиями исследователями Т.Н. Березиной 2003 г. , где было выявлено, что испытуемые ассоциировали цветочные ароматы (в том числе запах «розы») с эмоцией радостью. Также имеются эмпирические подтверждение того, что цветочные запахи способствуют улучшению настроения и снижают уровень настороженности [1];

Выводы:

1. У пациентов с заболеванием шизофренического спектра (F20; F25) выявляется снижение способности к распознаванию запахов по сравнению с людьми, не страдающими психическими расстройствами;
2. Выявляются количественные и качественные показатели взаимосвязи ольфакторных нарушений (индентификации запахов) и актуального эмоционального состояния у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра (F20,F25).

Литература

1. *Березина Т.Н.* Возникновение позитивных и негативных базовых эмоций под влиянием базовых запахов // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2011. № 3. С.59–69.
2. *Демина И.С., Коноплева И.Н.* Запахи как фактор, влияющий на скрытую агрессию [Электронный ресурс] // Психология и право. 2012.

Том 2. № 3. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n3/54059.shtml> (дата обращения: 15.02.2020)

3. *Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н.* Особенности ольфакторных процессов у пациентов с первым психотическим эпизодом// Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека//Ивановская государственная медицинская академия. 2020. С.253–255.
4. *Kamath V, Lasutschinkow P, Ishizuka K, Sawa A.* Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis//Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):672–680
5. *Turetsky BII, Kohler CG, Gur RE, Moberg PJ.* Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients.//Schizophr Res. 2008 Jul;102(1–3):220–9

Психологическое сопровождение лиц с наркологическими расстройствами в процессе реабилитации

Жданова Н.В., Демина М.В., Данильчук В.В.

ГАОУЗ «Оренбургский Областной

Клинический Наркологический Диспансер»

misastoroshi@gmail.com

Ключевые слова: психологическое сопровождение, реабилитация, группа, программа «ДОМ», пациент

Аннотация: в рамках статьи проводится анализ особенностей психологического сопровождения наркозависимых в процессе реабилитации, описывается процесс реабилитации, построенный на прохождении авторской программы «ДОМ». Обозначены основные задачи данной программы и проводимых мероприятий. Подробно описаны основные направления психологического консультирования и психокоррекции лиц с наркологическими расстройствами и их родственников.

Psychological support of persons with drug addiction disorders in the process of rehabilitation

Zhdanova N.V., Demina M.V., Danilchuk V.V.

State Autonomous Institution of Healthcare

“Orenburg Regional Clinical Narcological Dispensary”

Keywords: psychological support, rehabilitation, group, program «HOME», patient

Abstract: the article analyzes the features of psychological support of drug addicts in the process of rehabilitation, describes the process of rehabilitation, built on the passage of the author's program «HOME». The main objectives of this program and its activities are outlined. The main directions of psychological counseling and psychocorrection of people with drug-related disorders and their relatives are described in detail.

Повышение качества работы с химически зависимыми пациентами остается актуальной задачей в связи с сохраняющейся напряженной наркологической ситуацией в Российской Федерации. Важной составляющей в лечебно-реабилитационном процессе является психологическое сопровождение.

В Оренбургском областном клиническом наркологическом диспансере становление реабилитационной помощи началось с 1996 г., с открытия дневного отделения медико-социальной реабилитации. В настоящее время реабилитация в ГАУЗ «ООКНД» представлена 2 отделениями медицинской реабилитации круглосуточного пребывания, дневным стационаром, амбулаторным реабилитационным отделением. С целью психологического сопровождения пациентов и их родственников на всех этапах лечения и реабилитации в 2002 году в структуре диспансера была организована психологическая лаборатория.

Работа отделений реабилитации в ГАУЗ «ООКНД» построена на авторской реабилитационной программе «ДОМ» («Длительная Оригинальная Модульная»), разработанной в 1998 г. сотрудниками диспансера с изучением опыта работы групп само- и взаимопомощи программы, модели терапевтических сообществ и психотерапевтической группы. Основная задача программы заключается не только в отказе от употребления ПАВ пациентами, но и в замещении прежнего социального стереотипа жизни, построенного на зависимом поведении, новыми формами адаптивного поведения.

Основными направлениями работы психологов являются: консультирование, психодиагностика, психологическое вмешательство в виде индивидуальной и групповой психокоррекции, работа с семьей пациента.

При поступлении в отделение реабилитации каждому пациенту проводится первичное психодиагностическое исследование. Оно включает в себя: изучение данных истории жизни и болезни; беседу и наблюдение за поведением пациента; проведение психологического тестирования, включающего набор методик для изучения личностных особенностей; и обязательное информирование пациента о результатах. Повторное обследование проводится через 2 месяца. Оно направлено на отслеживание динамики личностных изменений в области эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений.

После прохождения пациентом периода адаптации, за ним закрепляется психолог, который сопровождает его в ходе всего лечебно-реабилитационного процесса и проводит с ним индивидуальные консультации и психокоррекцию. Наиболее частыми запросами на консультации звучат: неумение выстраивать личностные границы; сложные отношения в семье; неспособность справляться с тяжелыми чувствами (страхи, вина, стыд, обида и др.); неуверенность в себе, страх оценки; неудовлетворенность жизнью, отсутствие целей в жизни; низкая стрессоустойчивость; наличие прошлого травматического опыта, который создает проблемы в настоящем. Выбор методов для применения во время индивидуальных вмешательств определяется уровнем реабилитационного потенциала и личностными особенностями пациента.

Психологами проводятся тематические групповые занятия, с обсуждением информации о процессе выздоровления, об особенностях

психологической зависимости и способах ее преодоления, о действиях, направленных на профилактику рецидива, о семейных аспектах наркомании и алкоголизма.

Ежедневно на психокоррекционных групповых занятиях происходит разбор и анализ жизни и болезни пациентов. Каждый пациент поэтапно выполняет ряд заданий по реабилитационной программе «ДОМ» и зачитывает их на групповом занятии. Работая над заданием, пациент учится ответственности, открытости, честности – тем качествам, которые были утрачены вследствие употребления ПАВ. Попытки придумать ту или иную ситуацию, сгладить или отрицать проявления симптомов болезни, указывают на проявление психологических защит и служат дополнительной «мишенью» психокоррекционной работы. Задача психолога заключается в организации для пациентов безопасной терапевтической среды, в которой можно искренне переживать и проявлять чувства корректным способом. Групповая форма дает возможность получения обратной связи и позволяет пациентам преодолевать свои страхи и повышать уверенность в себе. Групповая ситуация, как правило, является отражением реального межличностного взаимодействия, что повышает осознанность поведения, облегчает отказ от неконструктивных поведенческих стереотипов и выработку навыков социально приемлемого поведения. Поскольку происходящие изменения имеют позитивное подкрепление в психотерапевтической группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям и меняет свое отношение к окружающему.

В отделениях реабилитации ГАУЗ «ООНД» проводится работа с семьями зависимых, так как обеспечение длительной ремиссии наркологических пациентов возможно только в том случае, когда психологи и члены семьи прилагают совместные усилия и вырабатывают стратегию поведения семьи в процессе выздоровления. Работа с семьями проводится в формате групп «Семейные встречи» психологами и врачами психиатрами-наркологами, работающими в отделении. Используются такие формы работы как беседы, лекции, тренинги.

Таким образом, психологическое сопровождение на всех этапах лечения и реабилитации обеспечивает пациенту максимально комфортное прохождение программы и позволяет более эффективно адаптироваться к социуму, войти в ритм новой, трезвой жизни. В процессе психологического сопровождения происходит смена ценностных ориентаций, осваиваются новые полезные навыки и умения. Наблюдаются более длительные ремиссии с полным воздержанием от употребления психоактивных веществ. Изменения привычных неконструктивных стереотипов взаимодействия у пациентов, прошедших программу реабилитации, распространяются и на другие сферы их жизни, им чаще удается восстановить нарушенные семейные отношения или стабилизировать их на новой основе.

Фиксированный мотив как механизм трансформации состояния зависимости

Запесоцкая И.В.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Zapesotskaya@mail.ru

Ключевые слова: состояние зависимости, мотивационно-потребностная сфера, фиксированный мотив

Fixed motive as a transformation mechanism of the state of addiction

Zapesotskaya I.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Keywords: state of addiction, motivational-need sphere, fixed motive

Состояние зависимости, являясь сложным многоуровневым образованием, может быть охарактеризовано с позиций функционально-динамического анализа, содержанием которого выступает исследование механизмов трансформации.

Отнесенность к тому или другому виду зависимость приобретает в соответствии преобладающим объектом аддикции, однако, факт исключения или нейтрализации одного объекта, как правило, приводит к трансформации состояния зависимости в другое объектное пространство [5].

Ядерным образованием в реализации состояния зависимости выступает мотивационно-потребностный блок [1; 3]. В состоянии зависимости доминирующим становится аддиктивный мотив, происходит его фиксация. Фиксируется мотив во многом благодаря высокой ригидности, присущей зависимым людям [3, С. 155]. Но поскольку зависимый человек не может полностью удовлетворить имеющуюся потребность и, следовательно, снизить побудительную силу мотива, происходит его постоянная фрустрация. Исходя из данных рассуждений, можно предположить, что фиксация мотива и невозможность его полного удовлетворения являются одним из ключевых механизмов возникновения зависимости.

Для субъекта важно не достижение цели, не удовлетворение потребности, а сам процесс активности, по окончании которой, так как потребность не удовлетворена полностью, снова возникает переходное потребностное состояние, и цикл возобновляется. Вследствие такой деятельности возникает дезорганизация поведения.

Существенную роль в дезорганизации человеческой активности играет механизм конфликта, задержка в возбужденной системе актив-

ности может легко вызвать аффект и привести к распаду поведения [4, С. 321]. Выделяют два вида аффектов: разлитое аффективное состояние, когда все поведение оказывается на некоторый период времени дезорганизованным; концентрированный аффект проявляется только вокруг определенных раздражителей и захватывает только некоторые реагирующие системы. Каждый концентрированный аффект всегда обнаруживает тенденцию к переходу в разлитое состояние дезорганизации [4, С. 66]. Состояние зависимости характеризуется наличием концентрированного аффекта. Так как для мотивационно-потребностной сферы человека в этом состоянии характерна фиксация мотива, то дезорганизация поведения связана именно с тем предметом, который может удовлетворить потребность, направляемую аддиктивным мотивом.

А.Р. Лурия делит всякую деятельность строго на две фазы. При нормальном поведении создается впечатление, что между обеими фазами существует некий барьер, препятствующий непосредственно передаче возбуждения на моторную сферу и позволяющий организму подготовиться к действию, чтобы потом организованным моторным актом осуществить подготовленные замыкания [4, С. 345]. Замыкательный аппарат исключительно лабилен и располагает богатыми функциональными возможностями, а моторный аппарат сравнительно прост, всякий конфликт, разразившийся в моторной сфере, срывает нормальную моторную деятельность [4, С. 322]. Тип конфликта связан с различной степенью лабильности нейродинамики. А.Р. Лурия называет два типа нейродинамики: стабильный и реактивно-лабильный [4, С. 348]. Основные различия сводятся к различной легкости, с которой возбуждение передается на моторную сферу. При стабильном типе возбуждение хорошо изолировано от непосредственной передачи на моторику, и конфликты не вызывают резких моторных нарушений. Выразительная система достаточно стабильная, центральные возбуждения и конфликты не вызывают заметной дезорганизации поведения. При реактивно-лабильном типе только что начавшийся центральный процесс вызывает переключение возбуждения на моторику, обе фазы сложного реактивного поведения не расчленены в достаточной степени, и процесс возбуждения проникает в моторику раньше, чем он достаточно оформился. [4, С. 349].

Можем предположить следующие механизмы трансформации состояния зависимости: механизм фиксации и постоянной фрустрации мотива; механизм конфликта; механизм фиксированной ригидности.

Эмпирическое исследование механизмов трансформации состояния зависимости [2, С. 234] позволяет сделать следующие выводы.

К общим механизмам состояния зависимости относятся: высокий уровень ригидности; низкий уровень развития как компонентов индивидуальной саморегуляции (оценивание результатов, моделирование, программирование), так и системы саморегуляции в целом; низкий уровень фрустрационной толерантности; преобладание экстрапунитивных реакций. Спец-

ифические механизмы наркотической зависимости: значимое снижение процессов моделирования; низкий уровень регуляторной гибкости; выраженное снижение интропунитивных реакций; низкий индекс социальной адаптации. Специфический механизм алкогольной зависимости: низкий уровень самостоятельности. Специфические механизмы игровой зависимости: самостоятельность и программирование, реализуются значимо выше, чем при химических зависимостях; интропунитивные реакции при игровой зависимости выше в сравнении с химическими зависимостями; социальная адаптация выше в сравнении с химическими зависимостями.

Фиксация мотива – один из ключевых механизмов возникновения зависимости, поскольку перестраивает всю мотивационно-потребностную систему человека (меняется иерархия мотивов, возникает новая потребность, направляемая аддиктивным мотивом). Фиксация аддиктивного мотива обеспечивается механизмами и дефицитами саморегуляции, в свою очередь, это продуцирует и поддерживает низкую социальную толерантность состояния, что и обеспечивает сохранение и поддержание субъекта в системе доминирования объектных отношений, а свойства объектов зависимости поддерживают специфические механизмы зависимости при переходе от объекта к объекту. Таким образом, проведенным исследованием мы подтвердили предположение о механизмах возникновения зависимого поведения. Трансформация аддикции происходит по тем же механизмам, что и ее возникновение, поскольку трансформация – это возникновение нового объекта аддикции на основе уже имеющегося. Выявляется новый объект, происходит его фиксация благодаря высокой ригидности, а появляющееся мотивационное противоречие лишь поддерживает аддиктивное состояние. Часто один аддиктивный объект замещается другим в силу его субъективно меньшей или большей вредности, чем предыдущий; появляющийся мотив фиксируется, и «патологический круг», или «кольцо аддиктивной активности», замыкается.

Литература

1. *Братусь Б.С.* Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
2. *Запесоцкая И.В.* Состояние зависимости: метапсихологический подход : дис. ... докт. психол. н. : 19.00.01 / МГГУ им. М.А. Шолохова – Москва, 2012. – 408 с.
3. *Зейгарник Б.В.* Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии / Б.В. Зейгарник. // Вестник Московского университета. Сер. Психология. – 1981. – 2. С. 9–15.
4. *Лурия А.Р.* Природа человеческих конфликтов: Объективное изучение дезорганизации поведения человека / А.Р. Лурия; под общей ред. В.И. Белопольского. – М. : «Когито-Центр», 2002. – 527 с.
5. *Никишина В.Б.* Механизмы трансформации состояния зависимости / В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая // Вестник университета (Государственный университет управления) – 2010. – № 17. – С. 83–88.

Особенности кратковременной слухоречевой памяти у пациентов с алкогольной зависимостью на фоне лечения синдрома отмены алкоголя методами кислородотерапии

Копытов Д.А.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь
ugvms@mail.ru*

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Быченко И.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Копытов А.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Ключевые слова: алкогольная зависимость, синдром отмены алкоголя, когнитивные функции, память, кислородотерапия

Features of short-term auditory-speech memory in patients with alcohol dependence on the background of treatment of alcohol withdrawal syndrome with oxygen therapy

Kopytov D., Kopytov A.

*Republican scientific and practice center of mental health, Minsk, Belarus
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

Bychenko I.

Republican scientific and practice center of mental health, Minsk, Belarus

Kopytov A.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Keywords: alcohol dependence, alcohol withdrawal syndrome, cognitive functions, memory, oxygen therapy

Введение. Алкогольная зависимость (АЗ) представляет потенциальную угрозу для всего мирового сообщества, нанося значительный вред здоровью не только отдельно взятой личности, но и подвергая опас-

ности мировое население в целом. Одним из характерных симптомов алкогольной зависимости является синдром отмены алкоголя, который появляется после длительного употребления алкоголя и сопровождается различными сомато-вегетативными и психическими нарушениями. У большинства лиц с алкогольной зависимостью наблюдаются слабые и умеренные нарушения интеллектуального функционирования, уменьшение размеров головного мозга, региональные изменения клеточной активности мозга. Наиболее распространенные нарушения в головном мозге, связанные с алкоголем, влияют на зрительно-пространственные способности и когнитивное функционирование (особенно на память).

Материалы и методы. Выборка состояла из 160 пациентов в состоянии синдрома отмены алкоголя (СОА) и была разделена на три группы: 62 человека (ГС2) прошли гипербарическую оксигенацию (ГБО) и 56 (ГС1) нормоксическую лечебную компрессию (НЛК) вместе со стандартизированной терапией лекарственными средствами (СТЛС), 42 человека (КГ) прошли СТЛС в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи. Средний возраст пациентов в исследуемых группах: в ГС1—38,3 ± 1,3 лет; в ГС2—40,4 ± 0,9 лет; в КГ—37,9 ± 1,2 лет. Средняя продолжительность запоев: в КГ—15,5 ± 1,9 дней; в ГС2—15,4 ± 1,6 дней; в ГС1—14,3 ± 2,2 дней. Стаж употребления алкоголя в группах: в КГ—17,5 ± 1,1 лет; в ГС2—18,7 ± 0,8 лет; в ГС1—16,0 ± 1,1 лет.

Клинические характеристики синдрома отмены анализировались ежедневно, психологические — 1, 3 и 7 дни с момента поступления. Оценка выраженности проявлений СОА была исследована с помощью шкалы CIWA — А. Диагностика и клиническая верификация диагноза АЗ проводилась в соответствии с исследовательскими критериями МКБ-10 и скрининг-тесту AUDIT. Для исследования кратковременной слухоречевой памяти была использована методика «Запоминания десяти слов», предложенная А.Р. Лурия. Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS-23.0.

Результаты. В результате проведенного исследования произведена статистическая обработка полученных данных методики «заучивание десяти слов» по А.Р. Лурия для оценки эффективности проведенных лечебных мероприятий. Исходные данные до начала проведения лечебных процедур в исследуемых группах статистически значимо не отличались и составили по показателю «отсроченное воспроизведение» (количество слов): ГС1 5,1±0,6, в ГС2 4,9 ±0,3, КГ 4,8±0,4; и «объем кратковременной памяти» — ГС1 5,3±0,3, в ГС2 4,6 ±0,3, КГ 5,4±0,3.

Анализируя полученные данные, следует отметить, что среднegrupповые статистические данные свидетельствуют о более эффективном влиянии метода НЛК в комплексе со СТЛС после первого сеанса на функции кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения у лиц с СОА, по сравнению с субъектами ГС2 и КГ. Объем кратковремен-

ной памяти 1-е воспроизведение: $5,6 \pm 0,19$ (ГС1)(1); $4,9 \pm 0,15$ (ГС2)(2); $5,0 \pm 0,16$ (КГ)(3) $p_{1-2,3} < 0,05$. Объем кратковременной памяти 5-е воспроизведение: $8,2 \pm 0,18$ (ГС1)(1); $7,6 \pm 0,19$ (ГС2)(2); $7,6 \pm 0,21$ (КГ)(3) $p_{1-2,3} < 0,05$. Отсроченное воспроизведение: $5,9 \pm 0,3$ (ГС1)(1); $5,5 \pm 0,27$ (ГС2)(2); $5,2 \pm 0,33$ (КГ)(3) $p_{1,2-3} < 0,05$. Начиная с третьего дня лечения при сравнении среднегрупповых показателей не установлено преимуществ влияния какого-либо из методов лечения СОА по их влиянию на функции кратковременной памяти. Следует отметить общие внутргрупповые тенденции для каждой из групп, которые заключаются в том, что происходит положительная динамика в улучшении среднегрупповых показателей кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения по мере проводимого лечения. Особенно, более значимо эти тенденции проявляются с третьего дня терапии в группе лиц, где в комплексном лечении применялась ГБО ($p < 0,05$).

Долевое распределение субъектов с нормативными значениями отсроченного воспроизведения по методике «Заучивание десяти слов» в группах в динамике на фоне проводимой терапии, где за норму брали показатели: при первом предъявлении воспроизводится 3–5 слов, при пятом – 8–10, отсроченное воспроизведение – 7–10 слов. После 1-го дня терапии количество лиц с нормативными показателями отсроченного воспроизведения: 32,1 % (ГС1)(1); 31,0 % (ГС2)(2); 23,8 % (КГ)(3) при $p > 0,05$. После 3-го дня терапии количество лиц с нормативными показателями при 1-м воспроизведении: 30,9 % (ГС1)(1); 28,6 % (ГС2)(2); 31,6 % (КГ)(3) при $p > 0,05$. После 7-го дня терапии количество лиц с нормативными показателями при 1-м воспроизведении: 48,1 % (ГС1)(1); 56,9 % (ГС2)(2); 38,5 % (КГ)(3) $p_{1,2-3} < 0,05$.

У респондентов, которым были проведены различные методы начиная с первого дня лечения количество лиц с нормативными показателями в группах статистически значимо не отличалось. После седьмого дня терапии СОА количество субъектов с нормативными показателями «отсроченного воспроизведения» было статистически значимо больше в ГС1 и ГС2, т.е. в группах где вместе со СТЛС применялись методы НЛК и ГБО, по сравнению с контрольной группой.

Результаты полученных данных при исследовании объема кратковременной слухоречевой памяти у пациентов с СОА всех трех групп указывают на то, что применение методов кислородотерапии (НЛК и ГБО) в сочетании со СТЛС и применение только СТЛС не имеют существенных преимуществ друг перед другом по их влиянию на фиксационные компоненты кратковременной памяти. Применение методов кислородотерапии со СТЛС при купировании СОА, по сравнению с применением только СТЛС, является более эффективным для восстановления показателей «отсроченного воспроизведения» через 7 дней после начала применения этих лечебных мероприятий.

Выводы. По мере проводимого лечения СОА индивидуально СТЛС или его сочетания с методами кислородотерапии происходит положительная динамика в улучшении показателей кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения у субъектов всех исследуемых групп. Применение методов НЛК и ГБО в сочетании со СТЛС и применение исключительно стандартизированной терапии лекарственными средствами не имеют существенных преимуществ друг перед другом по их влиянию на фиксационные компоненты кратковременной памяти. Применение методов кислородотерапии (НЛК и ГБО) со СТЛС при купировании СОА, по сравнению с применением только СТЛС, является более эффективным для восстановления показателей «отсроченного воспроизведения» начиная с 7 дня после начала применения этих лечебных мероприятий.

Схема-терапевтический подход к психологической коррекции зависимых от синтетических наркотиков*

Ларин А.В.

*ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический
наркологический диспансер», Новосибирск, Россия
larin.raito@gmail.com*

Соловьева И.Г.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет», Новосибирск, Россия
irraso@mail.ru*

Патрикеева О.Н.

*«Новосибирский областной клинический
наркологический диспансер», Новосибирск, Россия
oli74@mail.ru*

Ключевые слова: психотерапия, аддикций, схема-терапия, синтетические наркотики

Scheme-therapeutic approach to psychological correction of synthetic drug addicts

Larin A.V.

Novosibirsk regional clinical narcological dispensary

Soloveva I.G.

Novosibirsk State Medical University

Patrikeeva O.N.

Novosibirsk regional clinical narcological dispensary

Keywords: psychotherapy, addictions, schema-therapy, synthetic drugs

Введение. Актуальность темы обусловлена ростом числа пациентов употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), в том числе, синтетические каннабиноиды и синтетические катиноны, что приводит к увеличению количества психических и соматических заболеваний, общественно опасных действий, увеличению смертности, среди лиц с химической зависимостью

В настоящее время одной из самых распространенных программ для реабилитации лиц с химической зависимостью является программа «12 шагов». При этом программа «12 шагов» является непрофессио-

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 8–013–00919А.

нальным методом психологической коррекции, а способом взаимной помощи зависимых людей друг другу в процессе отказа от ПАВ.

Психокоррекционная работа с химически зависимыми пациентами должна быть ориентирована не только на изменение поведения, но и на коррекцию глубинных личностных проблем, таких как, неустойчивый уровень самооценки, трудности в межличностных отношениях, преобладание внешнего локуса контроля, низкая толерантность к фрустрации, ангедония и т.д. [1, 2].

Данные проблемы могут являться следствиями фрустрации базовых эмоциональных потребностей в детском возрасте, что в свою очередь приводит к развитию ранних дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов.

Также при подборе методов для психологической коррекции необходимо учитывать различный уровень образования, интеллектуального развития и разную степень обучаемости пациентов. В связи с чем, психокоррекционная модель, предлагаемая в схема-терапевтическом подходе, может являться наиболее предпочтительной, так как ориентируется в значительно большей степени, чем программа «12 шагов», на индивидуальные особенности пациентов и затрагивает ситуации, связанные с их непосредственным жизненным опытом.

Материалы и методы. В обследовании приняли участие пациенты, проходящие лечение в Новосибирском областном клиническом наркологическом диспансере. Средний возраст $30 \pm 2,1$ лет. Стаж употребления ПАВ (синтетические наркотики) – $15 \pm 3,2$ лет. Возраст начала употребления ПАВ – $14,5 \pm 0,6$ лет. Для исследования схема-режимов и выявления фрустрированных потребностей использовали клиническое интервью, опросник Детские потребности и Опросник режимов функционирования схем (Д. Янг).

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных пациентов в анамнезы выявлен травматический детский опыт (насилие в семье, развод родителей, уход отца из семьи), который в значительной степени явился причиной формирования детских дисфункциональных режимов: Покинутый/подвергшийся насилию ребенок, Одиноким ребенок, Униженный ребенок. Склонность ребенка принимать вину за случившееся с родителями на себя, чрезмерная неадекватная критика, отсутствие интереса к личности ребенка со стороны родителей способствовали возникновению критикующих режимов: Требовательный, Карающий и Внушающий чувство вины критик, что еще более усугубляло и так низкую самооценку. Как компенсация внутреннего одиночества, покинутости, ненужности, сформировались копинговые режимы: Самовозвеличиватель, Перфекционист-Гиперконтролер, Отстраненный самоутешитель, одним из проявлений которого и является прием ПАВ.

При проведении диагностического исследования, которое уже является частью схема-терапевтического подхода, пациенты проявляли ин-

терес к выявлению собственных дисфункциональных режимов, к процессу концептуализации и готовность к терапии.

Эффективность схема-терапевтического подхода при терапии «сложных» пациентов с личностными расстройствами показана многими зарубежными исследованиями [3, 4]. Схема-терапевтический подход, с одной стороны, направлен на коррекцию глубинных поврежденных, или еще несформированных, ядерных структур личности, с другой, является ресурсным и поддерживающим.

Выводы. У обследованных нами зависимых от синтетических наркотиков лиц выявлены проявления дисфункциональных детских, родительских, копинговых режимов и их связь с первой пробой и дальнейшим приемом ПАВ. Схема-терапевтический подход в психокоррекции наркотической аддикции является перспективным.

Литература

1. Шалаева Е.В., Рычкова О.В., Агибалова Т.В. Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости: к обоснованию модели // Наркология. – 2013. – Т. 12. № 7. – С. 62–65.
2. Шевцова Ю.Б., Игумнов С.А. Основные психотерапевтические модальности, применяемые у наркологических больных с различной степенью мотивации и социальной адаптации // Вопросы наркологии. – 2019. № 11. – С. 5–24.
3. Reiss N., Vogel F., Nill M. et al. Treatment satisfaction of patients with borderline personality disorder in inpatient schema therapy// Psychother Psychosom Med Psychol 2013 Feb;63(2):93–100. DOI: 10.1055/s-0032–1323707
4. Roelofs J., Muris P., Wesemael D. Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study// J Child Fam Stud. 2016 Mar 14. DOI: 10.1007/s10826–016–0391-z

Взаимосвязь социально-демографических и клинических характеристик с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных патологической склонностью к азартным играм

Нечаева А.И.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург
netchaeva.nastya@yandex.ru,*

Шишкова А.М.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
shishaspb@mail.ru*

Бочаров В.В.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург*

Илюк Р.Д., Громыко Д.И.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Ключевые слова: зависимость от азартных игр, родственники больных, эмоциональное выгорание

Interrelation of social, demographic and clinical factors with emotional burnout in gambling-addicted patients' relatives

Nechaeva A.I.

*V.M. Bekhterev National Research
Medical Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg State University, St. Petersburg*

Shishkova A.M.

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

Bocharov V.V.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg State University, St. Petersburg*

Ilyuk R.D., Gromyko D.I.

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

Keywords: pathological gambling, patient's relatives, emotional burnout

Введение. Патологическая склонность к азартным играм – широко распространенное в современном обществе расстройство, наличие

которого отражается на качестве жизни как самого больного, так и членов его семьи. Длительные психотравмирующие переживания родственников аддиктов часто приводят к ухудшению их физического и психического здоровья. Известно также, что в случае несоответствия личностных ресурсов и требований сложившейся жизненной ситуации, у них может формироваться эмоциональное выгорание [1, 2]. Изучение последнего важно для создания эффективной психологической помощи близким пациентов с игровой зависимостью.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи социально-демографических и клинических характеристик с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных патологической склонностью к азартным играм.

Материал и методы. Объектом исследования выступали 40 членов семьи (6 отцов, 19 матерей, 15 жен) пациентов с игровой зависимостью (F63.0). Средний возраст обследованных родственников составил 47,26 лет ($SD=13,58$), опекаемых ими больных – 31,48 года ($SD=5,13$). Возраст начала увлечения азартными играми составил 25,80 года ($SD = 5,11$), срок систематического злоупотребления ими – 26,98 лет ($SD = 4,76$). Все пациенты были мужского пола.

Исследование осуществлялось с использованием стандартизированной клинической карты, позволяющей оценить основные социально-демографические и клинические характеристики обследуемых родственников и опекаемых ими больных, а также тестовой методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» – УЭВР [3]. Обработка данных проводилась в SPSS v.23, для проверки гипотезы о нормальном распределении был использован критерий Шапиро-Уилка, в качестве меры связи – коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. В исследованной группе родственников были выявлены многочисленные связи между показателями эмоционального выгорания и социально-демографическими/клиническими характеристиками респондентов. Так, было обнаружено, что шкала «Истощение» (УЭВР) имеет положительные корреляции с параметрами, отражающими негативный характер отношений родственника с собственной матерью ($p<0,01$) и страдающим зависимостью близким ($p<0,01$), а также употреблением алкоголя обследуемым ($p<0,05$). Параметр употребления спиртных напитков респондентом также имеет положительные связи с показателями шкал «Цинизм» ($p<0,01$) и «Деструктивная разрядка напряжения» ($p<0,05$). Последний показатель, в свою очередь, прямо коррелирует с негативным характером отношений с больным ($p<0,05$) и употреблением успокоительных средств ($p<0,05$). Установлено наличие отрицательной связи показателя шкалы «Самоэффективности в лечении родственника» с параметром, отражающим субъективную оценку родственником реалистичности выполнения предписаний врачей ($p<0,05$)

и положительной – с параметром приема транквилизаторов, снотворных и успокоительных средств ($p < 0,05$). Показатель шкалы «Наполненность смыслом» обратно коррелирует с употреблением родственником наркотических веществ ($p < 0,05$), показатель шкалы «Цинизм» – с возрастом участника исследования ($p < 0,05$). В тоже время, возраст обследуемого имеет положительную связь со шкалой «Энергия» методики УЭРВ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что родственники более старшего возраста (матери и отцы по сравнению с женами) ощущают большую готовность оказывать помощь близкому, активно взаимодействовать с ним. Они также менее склонны обесценивать личностные качества больного. Отчужденность или конфликтность отношений респондента с собственной матерью ассоциируется с большей выраженностью ощущения отсутствия жизненных сил для продолжения борьбы с болезнью близкого. Вместе с тем, дружеские отношения родственника с аддиктом связаны с меньшей выраженностью у него чувств усталости, невозможности далее продолжать выполнение обязанностей по уходу за больным и тенденции к соматизации психоэмоционального напряжения. При этом, чем менее реалистичным респонденту представляется выполнение рекомендаций специалистов, оказывающих помощь его близкому, тем в большей степени он ощущает собственную неэффективность и неспособность справиться со сложившейся жизненной ситуацией.

Интерпретируя связи, обнаруженные между проявлениями эмоционального выгорания и употреблением родственником психоактивных веществ и лекарственных средств, можно предположить, что их прием выступает в качестве своеобразной разрядки напряжения, накапливающегося в процессе взаимодействия с аддиктом и, в тоже время, потенцирует негативные переживания в ситуации болезни близкого.

Выводы. Эмоциональное выгорание родственников пациентов с игровой зависимостью взаимосвязано с рядом социально-демографических и клинических характеристик, так, показатели выгорания тем более выражены, чем моложе член семьи патологического гэмблера, конфликтнее его отношения с собственной матерью и больным, представления о реалистичности выполнения предписаний специалистов пессимистичнее, а употребление снотворных, успокоительных и алкоголя отмечается чаще.

Литература

1. Бочаров В.В. Взаимосвязь клинических и социально-демографических факторов с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных с аддиктивными расстройствами / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, К.А. Ипатова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 6(59) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 27.08.2020).

2. *Бочаров В.В.* Сравнительное исследование эмоционального выгорания родственников пациентов с химической и нехимической аддикцией / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Р.Д. Илюк и др. // Вопросы наркологии – 2019. – № 8 (179). – С. 81–82.
3. *Бочаров В.В.* Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников», психометрические характеристики [Электронный ресурс] / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, А.А. Сивак и др. // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2018. – Т. 10, № 6 (53) – С. 4. – URL: <http://mprj.ru>. – (дата обращения 06.06.2020).

Оценка эффективности ранних психосоциальных вмешательств для реабилитации больных шизофренией

Палин А.В.

*Центр психолого-психотерапевтической помощи
ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗ г. Москвы
pavelpalin@yandex.ru*

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, пациенты с шизофренией, эффективность вмешательств

Evaluation of the effectiveness of early psychosocial interventions for the rehabilitation of patients with schizophrenia

Palin A.V.

*Center for Psychological and Psychotherapeutic Intervention,
Psychiatric Clinical Hospital № 4, Moscow, Russia*

Keywords: psychosocial rehabilitation, patients with schizophrenia, effectiveness of interventions

Актуальность исследований возможностей и путей реабилитации больных шизофрении связана с общепризнанной высокой социальной ценой данного расстройства, наличием множественных этиологических моделей, предлагающих разные пути помощи больным, и требующих своей интеграции в рамках биопсихосоциального подхода к генезу психических расстройств. Систематические исследования представляют убедительные свидетельства в пользу биопсихосоциальной природы шизофрении (L.Ciompri, 1984, 1994), в варианте «диатез-стресс-уязвимости» (Коцюбинский А.П. с соавт., 2005–2017; Незнанов Н.Г., 2009, 2011; др.). В логике такого подхода особое значение приобретают частные навыки пациентов, помогающие справляться с различными, но особенно – с социальными стрессорами. Такой взгляд изменяет преимущественно биологические модели этиопатогенеза психических расстройств, позволяет реформировать содержание и организацию помощи больных шизофренией, реализовать полипрофессиональное взаимодействие (Кабанов М.М., Шумаков В.М., Zubin J., Казаковцев Б.А., Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Холмогорова А.Б., Сторожакова Я.А., др.).

В соответствии с биопсихосоциальным подходом лечение шизофрении имеет три основных компонента: психофармакотерапия для

уменьшения симптомов и предупреждения рецидивов, просветительские и психосоциальные вмешательства, которые помогают пациентам и семьям справляться с болезнью, ее осложнениями и рецидивами, и, наконец, реабилитация, направленная на пациента, и помогающая ему реинтегрироваться в общество, вернуться к учебной или профессиональной деятельности.

История реабилитации психически больных насчитывает в России более 100 лет, но только в последние годы стала обоснованно рассматриваться как существенно влияющая на конечный результат лечения, проводимого как в стационарных, так и внебольничных условиях. Представителями научной школы Гуровича И.Я. доказано, что длительные ремиссии формируются у больных шизофренией, прежде всего, благодаря соблюдению принципов построения лечебно-реабилитационных программ (И.Я.Гурович, 2004–2012), этапов работы, и преемственности между стационарной и амбулаторной помощью. Кроме того, на качество выхода пациента с шизофренией после лечения оказывает влияние еще и собственная готовность пациента к трудовой реабилитации, его установка на социальную и трудовую активность (О.О.Папсуев с соавт., 2007–2010; Н.Н. Петрова с соавт., 2012, др.).

За последние десятилетия число программ, предложенных для реабилитации пациентов с шизофренией, значительно возросло. Важными для организации реабилитационной работы с больными шизофренией стали идеи смежных областей знания – клинической психологии, психотерапии, нейронаук. Однако имеющиеся различия в теории, в определении приоритетных мишеней работы, в выборе технологии воздействия существенно затрудняют организацию целесообразной и эффективной реабилитации, требуют дальнейшего совершенствования и научного обоснования такой работы.

Наша ключевая позиция состоит в том, что эффективность реабилитационных мероприятий будет оптимальной в случае их раннего начала – на этапе стационарного лечения, так как при правильной организации помощи появляется возможность достичь повышения готовности пациентов к такой работе, необходимого для нее альянса со специалистами. Для пациентов, вышедших из острого психоза и/или находящихся в подостром состоянии, типичны мучительные переживания психофизического дискомфорта (от симптомов, побочных эффектов медикаментов), проявления постпсихотической астении, постпсихотической депрессии, восприятие себя как неадекватного, несостоятельного. В психиатрическом стационарном отделении, в условиях ограничительной среды, на фоне интенсивной психофармакотерапии, как внешние влияния, так и динамика психического состояния приводят к отказу пациента от активности, любого, в том числе связанного с деятельностью или общением напряжения, к пассивно-подчиняемому поведению.

Так перенесенное обострение заболевания создает опасность восприятия пациентом пассивности как хорошей, полезной альтернативы острому психотическому состоянию, тем более, что в практике рутинной психиатрической помощи возможностей проявления конструктивной активности у больных нет. Тяжелое субъективное состояние ведет к высокой нуждаемости психотического пациента во внешней помощи, зависимости его от внешних влияний, что приводит к явлениям госпитализма, закреплению паттернов пассивного, избегающего поведения. В этих условиях участие в структурированной и правильно организованной психообразовательной, тренинговой, арт-терапевтической работе становится той (возможно единственной) формой поведения, которая, с одной стороны, противостоит хаосу психотического поведения, с другой – пассивности пациента в постпсихотический период.

Однако такой взгляд на проблему разделяют не все авторитетные специалисты. Сказанное делает актуальным анализ возможностей и эффектов реабилитационной работы на этапе лечения больных шизофренией в условиях психиатрического стационара. Это тем более оправдано, что в условиях российской практики психиатрической помощи пациентам с шизофренией наиболее ресурсно-оснащенными являются стационарные учреждения.

В настоящее время в рамках реформирования психиатрической службы в ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗ г. Москвы был создан центр психолого-психотерапевтической помощи, позволивший консолидировать ресурсы специалистов, осуществляющих психосоциальную реабилитацию: врачей-психиатров и психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников. Были разработаны, апробированы разные виды помощи для психически больных, в том числе для больных шизофренией. В числе программ, доступных пациентам на этапе стационара, психообразовательные занятия, тренинги бытовых навыков, социальных навыков, арт-терапевтические и музыкально-терапевтические мероприятия, танцевально-двигательная терапия, мотивационные тренинги для больных с шизофренией и для пациентов с коморбидными расстройствами. На базе данного структурного подразделения проводится исследование с целью определения возможностей, сложностей и оценки непосредственных и отсроченных эффектов интервенций, осуществленных на раннем стационарном этапе, в том числе в виде повышения мотивации на дальнейшее участие в реабилитационной работе, формирования релевантных социальному восстановлению стратегий.

Опыт применения современных психореабилитационных программ для пациентов с биполярным аффективным расстройством

Палин А.В., Козлов М.Ю., Пожарская А.Ф.

ГБУЗ ДЗМ Психиатрическая клиническая больница № 4 им П.Б. Ганнушкина Москва, Россия

Experience of using modern psycho-rehabilitation programs for patients with bipolar affective disorder

Palin A.V., Kozlov M.Yu., Pozharskaya A.F.

GBUZ DZM Psychiatric Clinical Hospital No. 4 named after P.B. Gannushkin, Moscow, Russia

На современном этапе оказания психиатрической помощи наряду с медикаментозными воздействиями, особую важность приобретают психореабилитационные и психотерапевтические программы, основанные на принципах доказательной медицины. Врачи-психиатры, врачи-психотерапевты и медицинские психологи все больше ориентируются на современные протоколы ведения пациентов, в которых заложены принципы биопсихосоциального подхода и полипрофессионального обслуживания. Необходимым условием эффективности групповых психореабилитационных программ является работа с пациентами в однородной группе со схожим диагнозом и уровнем нейрокогнитивного дефицита. При анализе проводимых психореабилитационных мероприятий, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, для пациентов с биполярным аффективным расстройством практически отсутствовали специальные психотерапевтические программы. Пациенты этой нозологии, как правило, направлялись на тренинги и группы для пациентов с шизофренией, не учитывающие особенности проявления биполярного расстройства и высокое социальное функционирование этих пациентов. В связи с чем, для пациентов с биполярным аффективным расстройством была разработана и внедрена в практику программа по психосоциальной реабилитации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара при больнице. Комплексная программа включала в себя тренинг по психообразованию, состоящий из 6 занятий продолжительностью 60 минут с отработкой навыков распознавания и совладания с начинающимися симптомами обострения, навыков по повышению комплаентности к медикаментозной терапии и дальнейшим психотерапевтическим воздействиям. После завершения программы

по психообразованию пациенты направлялись на психотерапию. Среди современных и специализированных подходов использовались такие, как диалектическая поведенческая терапия (Dialectical behavior therapy (DBT)) и межличностная и социальная ритм терапия (Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)) обладающие доказанной эффективностью при лечении биполярного аффективного расстройства (БАР) [1, 3, 2, 4, 5, 6, 7]. Диалектическая поведенческая терапия в групповом формате представляет собой тренинг навыков, состоящий из 4 блоков: навыков осознанности, перенесения дистресса, регуляции эмоций и межличностной эффективности. Межличностная и социальная ритм терапия нацелена на поддержание регулярного ежедневного ритма сна и бодрствования, приема пищи и упражнений, а также активное привлечение членов семей к участию в организации этого процесса. IPSRT проводилась, как правило, индивидуально и включало в себя от 3 до 5 встреч. Нами были применены оба подхода в группах пациентов, страдающих БАР, психореабилитационная программа были рассчитаны на 6 месяцев и включала в себя в среднем 6–8 участников, при частоте встреч 1 раз в неделю, в амбулаторных условиях. В связи с введением режима самоизоляции вся работа с амбулаторными пациентами этой программы была переведена в он-лайн формат, что требовало дополнительных организационных решений в психореабилитационном процессе. В данный момент планируется изучение эффективности данной программы на большей выборке участников и анализ сложностей при реализации программы в клиническую практику.

Литература

1. Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 593–604.
2. Swartz, H. A., Frank, E., Frankel, D. R., Novick, D., & Houck, P. (2009). Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disorders*, 11(1), 89–94.
3. Stein, B. D., Celedonia, K. L., Kogan, J. N., Swartz, H. A., & Frank, E. (2013). Facilitators and Barriers Associated With Implementation of Evidence-Based Psychotherapy in Community Settings. *Psychiatric Services*, 64(12), 1263–1266.
4. Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63(5), 463–473.
5. Hoberg, A. A., Ponto, J., Nelson, P. J., & Frye, M. A. (2013). Group Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Bipolar Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, n/a–n/a.
6. Hlastala, S. A., Kotler, J. S., McClellan, J. M., & McCauley, E. A. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety*, 27(5), 457–464.

7. Swartz, H. A., Frank, E., & Frankel, D. (2008). Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS) dans le trouble bipolaire II: structure du traitement et exemples cliniques. *Santé Mentale Au Québec*, 33(2), 151.
8. Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T., Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217–233.
9. Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480.
10. Swartz, H. A., & Frank, E. (2001). Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disorders*, 3(1), 11–22.

Когнитивные корреляты критичности у больных параноидной шизофренией

Пеккер М.В.

ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко»,
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
masha_pekker@mail.ru

Щелкова О.Ю.

ФГБОУ ВО СПбГУ; ФГБУ «НМИЦ психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия
o.shhelkova@spbu.ru

Ключевые слова: критичность, распознавание ошибок, параноидная шизофрения, когнитивный дефицит

Cognitive correlates of lack of judgment and insight in patients with paranoid schizophrenia

Pekker M.V.

*St. Petersburg Psychiatric Hospital named after
Kaschenko; St. Petersburg State University, Russia*

Shchelkova O.Y.

*Saint Petersburg State University; Bekhterev National Medical
Research Centre of Psychiatry and Neurology, Russia*

Keywords: error recognition, lack of judgement and insight, paranoid schizophrenia, cognitive deficit

Введение. Актуальность экспериментально-психологического исследования проблемы критичности у больных параноидной шизофренией определяется необходимостью объективизации оценки когнитивных нарушений, лежащих в основе неспособности к корректному распознаванию собственных ошибочных суждений и действий. В свою очередь, в поле практики такая оценка может способствовать возрастанию достоверности прогноза в отношении реабилитации, динамики лечения и исхода лечебных интервенций.

В силу известной конвенциональности представлений о норме и патологии в классической клинически-ориентированной психиатрии, когда «нормальным» или «патологическим» могут считаться одни и те же паттерны поведения, наблюдаемые в различном контексте, перед медицинским психологом встают задачи экспериментальной верификации наблюдаемых феноменов [Худик В.А., 2008]. Понятие критичности широко используется среди специалистов, работающих в области пси-

хиатрии, однако обращает на себя внимание неоднозначность его понимания и методов диагностики подобных нарушений [Кожуховская И.И., Блейхер В.М., 2009; Зейгарник Б.В., 2005; Beck А.Т., 2004]. На наш взгляд, именно в жестко детерминированных, контролируемых условиях психологического эксперимента, появляется возможность отследить патологические механизмы, лежащие в основе описанных нарушений.

Материалы и методы. Было привлечено к участию 90 пациентов (средний возраст – 33 года). Все пациенты исследовались в период их нахождения на стационарном лечении в отделениях СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко».

Клинико-психологическая оценка критичности пациента включала рассмотрение трех основных компонентов: критичность к суждениям, критичность к болезни, критичность к собственной личности. Для определения степени выраженности психопатологических симптомов использовалась клиническая шкала PANSS. Для определения уровня социального функционирования использовалась шкала PSP. Результаты указанных шкал верифицированы клинической оценкой врача-психиатра. Психодиагностический комплекс включал следующие методики: субтесты стандартизированного набора нейропсихологических проб, таблицы Шульте, цифровую корректурную пробу Аматауни-Вассермана, субтесты методики Д. Векслера; патофизиологическую методику «Исключение предметов»; «Тест последовательных соединений» (ТМТ); субтесты нейрокогнитивной батареи BACS; методику «Комплексная фигура Рея-Остерриета»; тест вербального научения Хопкинса (HVLT).

С их помощью были исследованы некоторые особенности зрительного гнозиса, функции слухоречевой, рабочей, зрительно-моторной видов памяти, произвольного и отложенного запоминания; зафиксированы показатели темпа психической деятельности, концентрации, устойчивости, переключения и распределения внимания; дана патофизиологическая оценка нарушений мышления (по классификации Б.В. Зейгарник) [Зейгарник Б.В., 2005] и определен показатель абстрактно-логического мышления; оценена способность к восприятию пациентами «модели психического состояния» («theory of mind»).

Статистическая обработка результатов исследования включала процедуру кластеризации, которой предшествовала процедура многомерного шкалирования (по методу МСА). Межгрупповое сравнение осуществлялось при помощи критерия Манна-Уитни. Связь между категориальными переменными изучалась критерием χ^2 . Множественное тестирование гипотез корректировалось при помощи поправки Беньямини-Хохберга.

Результаты. Значение степени нарушений критичности определено относительно выраженности нарушений социального функционирования и склонности к непрямым проявлениям враждебности. Большая выраженность нарушений критичности определяет относительно

низкие результаты пациентов по ряду когнитивных показателей: слухоречевого и зрительно-моторного запоминания; скорости психических процессов; уровня абстрагирования. Выраженность нарушений критичности имеет существенное значение в отношении числа конфабуляций при воспроизведении стимульного материала различных модальностей; выраженности нарушений мышления и, в частности, распространенности нарушений саморегуляции и аморфности мышления; показателя точности копирования сложной фигуры; объяснения смысла серии сюжетных картин – построения «теории психического». Что в обобщенном виде можно охарактеризовать, как нарушения, связанные: а) с игнорированием ошибок условиях непрерывной доступности стимульного материала; б) с привлечением иррелевантной информации при решении задачи (конфабуляции).

Резюме. Проведенное исследование показало, что использование комплексной оценки когнитивных функций позволяет установить достоверные различия между группами больных параноидной шизофренией, степень нарушений критичности у которых, была установлена с помощью клинико-психологического метода, с включением данных об отношении пациента к ошибочным суждениям. Выделены два типа характерных ошибок, которые статистически достоверно чаще демонстрировали пациенты с более низким уровнем критичности. Первый обобщенно можно охарактеризовать, как нарушение распознавания ошибок в условиях непрерывного предъявления стимульного материала – игнорирование ошибок. Второй тип ошибок был связан с привлечением иррелевантной информации в процессе решения когнитивной задачи – конфабуляции.

Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2009. – 831 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Академия, 2005. – 208 с.
3. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных / И.И. Кожуховская. – М.: МГУ, 1985. – 80 с.
4. Худик В.А. О соотношении понятий «Норма» и «Патология» / В.А. Худик // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. Серия Педагогика. – 2008. – выпуск 3. – С. 114–129
5. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale / A.T. Beck [et al.] // Schizophrenia Research. – 2004. Vol. 68(2). – P. 319–329. doi:10.1016/s0920-9964(03)00189-0

Психологическое сопровождение как неотъемлемая часть психосоциальной реабилитации больных шизофренией, совершивших общественно опасное деяние

Пенявская А.В.

Томская клиническая психиатрическая больница, Томск, Россия

A.Penyavskaya@gmail.com

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психологическое сопровождение, принудительное лечение, больные шизофренией, психологическая диагностика

Psychological support as an integral part of psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients who have committed a socially dangerous act

Penyavskaya A.V.

Mental Health Research Institute of Tomsk

Keywords: psychosocial rehabilitation, psychological support, compulsory treatment, schizophrenic patients, psychological diagnosis

Проблема общественной опасности больных шизофренией является актуальной не только в современной психиатрии, но и во всем обществе. В настоящее время обезопасить общество от социально опасных действий психически больных и адаптировать их к жизни, призваны принудительные меры медицинского характера. В целях предупреждения опасных действий психически больными крайне необходимы мероприятия по их реабилитации и устранению факторов и условий, приводящих к общественно опасным действиям, но только медицинские меры не могут обеспечить безопасность общества от социально-опасных действий психически больных.

Социально-реабилитационное направление стало приоритетным в практике принудительного лечения психически больных [1]. Важнейшим звеном психосоциальной реабилитации больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, является психологическое сопровождение (проведение психодиагностического обследования, психологических тренингов, индивидуальных консультаций для больных). Целью психологического сопровождения является достижение устойчивой ремиссии, предупреждение повторных общественно опас-

ных действий больных, устранение факторов и условий, приводящих к общественно опасным действиям.

При разработке программы психологического сопровождения больных шизофренией в системе реабилитационных мероприятий на принудительном лечении необходимо учитывать не только нозоспецифические особенности, но и индивидуально-психологические, социальные характеристики пациентов на всех этапах лечения: как на этапе острого периода болезни, так и на этапе становления и в период ремиссии [1,2]. На начальном этапе лечения в деятельности больных преобладает психопатологический уровень регуляции, после купирования острой симптоматики на первый план выступают патопсихологические и психологические механизмы саморегуляции. Важным фактором в регуляции поведения больных являются содержание их ценностей и установок, особенности совладающего поведения, способность к самоконтролю возникающих деструктивных импульсов, самооценка. Недостаточность критической оценки своего заболевания и связанного с ним совершения общественно опасного деяния определяет сложность целостного осмысления сути и последствий своего деяния [3].

Психологическое сопровождение больных шизофренией на принудительном лечении выстраивается в соответствии с этапами принудительно-го лечения [2], а также имеет определенную направленность и содержание.

На адаптационно-диагностическом этапе – это проведение психодиагностического обследования, целью которого является выявление патопсихологических особенностей и личностных характеристик пациента, которые определяют риск реализации общественной опасности, риск формирования дезадаптивного поведения в условиях отделения. В ходе обследования также выявляются и сохраняются стороны познавательной, эмоционально-личностной сфер больного, на которые можно опереться в ходе дальнейшей работы.

Следующей задачей этого этапа является – снижение эмоционального напряжения, вызванного поступлением пациента в отделение и оказание помощи в адаптации к условиям пребывания в нем. Здесь важно сформировать у пациентов понимание необходимости пребывания в психиатрическом стационаре, приема лечения, взаимодействия с врачами и другими специалистами.

Еще одной важной задачей на этом этапе является формирование адекватной картины болезни, критики к психопатологическим симптомам.

Задачами психологического сопровождения на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий являются помощь пациентам в адаптации к симптомам заболевания и формирование критики к психопатологическим симптомам, приверженности к лечению, мотивации на длительную психофармакотерапию. Важной задачей на данном этапе является формирование критики к совершенному общественно-опас-

ному деянию. Поскольку у пациентов отмечается своеобразное отношение к факту привлечения к уголовной ответственности и ограничения свободы, оно требует определенного понимания и осознания того, что криминальное поведение было обусловлено психическим заболеванием, что и повлекло за собой невменение ответственности за совершенное общественно опасное действие [3].

На этапе стабилизации достигнутого эффекта основными задачами психологического сопровождения являются развитие навыков совладания с болезнью, уменьшение социальной изоляции, формирование социально-приемлемого поведения, отказ от асоциальных форм поведения.

Задачами психологического сопровождения больных шизофренией на заключительном этапе принудительного лечения являются стабилизация психического состояния, поддержание приверженности лечению, формирование картины будущего, проработка ценностно-смысловых ориентаций.

Осуществление психологического сопровождения больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, требует специальной системы психодиагностических и психокоррекционных мероприятий. При разработке программы психологического сопровождения необходимо учитывать особенности данного контингента и условий внешней среды, а именно: особенности пребывания пациента в условиях закрытого отделения, их патопсихологические особенности, особенности осознания психического заболевания, отношения к болезни, отношения к совершенному правонарушению.

Предупреждение и профилактика повторных общественно опасных действий больными шизофренией имеет большое социальное значение, что обуславливает целостный, системный подход в разработке программ психосоциальной реабилитации, неотъемлемой частью которой является психологическое сопровождение.

Литература

1. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Мед-практика – М., 2004. – 492 с.
2. *Котов В.П., Мальцева М.М.,* и др. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей. М.: ФГУ «ГНЦС-СП им. В.П. Сербского». 2010. 345 с.
3. *Пенявская А.В.* Отношение больных шизофренией к совершенному общественно опасному деянию в условиях принудительного лечения / А.В. Пенявская, Э.И. Мещерякова // Психология и Психотехника. – 2019. – № 1. – С. 108–118. DOI: 10.7256/2454–0722.2019.1.28805 URL: http://www.e-notabene.ru/ppp/article_28805.html.

Международный опыт психологической помощи людям, страдающим химической зависимостью (Германия)

Польманн А.Г.

Консультативный центр по вопросам зависимости, Висбаден, Германия

Ключевые слова: химическая зависимость, клиническая психология в Германии, психология и социальная работа

International experience of psychological assistance to people suffering from chemical dependence (Germany)

Polmann A.G.

*Addiction Advisory Center, Wiesbaden, Germany /
Suchthilfezentrum, Wiesbaden Deutschland*

Keywords: addiction, clinical psychology in Germany, psychology and social work

Особенности развития современного мира приводят к сближению и сотрудничеству разных стран, в том числе и на уровне социальной и психологической помощи. Сейчас возможен не только обмен знаниями в рамках конференций и конгрессов, но и обмен специалистами. Как следствие, встает вопрос об универсальности представлений о задачах клинического психолога на международном уровне.

Данная статья посвящена описанию работы клинического психолога с людьми страдающими химической зависимостью в Германии.

В первую очередь, важно отметить тот, факт, что психолог в Германии редко остается психологом с дипломом. Большинство студентов психологических факультетов, получив титул бакалавра или магистра, продолжают обучение для повышения квалификации до «психолога-психотерапевта» (psychologischer Psychotherapeut – нем.) и возможности вести частную психотерапевтическую практику. После введения закона о психотерапии в 1999 году психологи получили это право наряду с врачами после соответствующего повышения квалификации. Таким образом, стало возможно расширение психологических услуг до уровня психотерапии. Однако, актуальное положение также подтверждено изменению. С 1 сентября 2020 в года вступает в силу новый закон об обучении психотерапии, в соответствии с которым студенты психо-

логических факультетов смогут получить диплом бакалавра/магистра с квалификацией «психотерапевт» [4].

Тем не менее в Германии также существует квалификация «клинический психолог», присваиваемая по завершении высшего образования. В соответствии с описанием профессионального сообщества психологов Германии (Bundesverband deutscher Psychologen) клинические психологи занимаются нарушениями эмоционального переживания и поведения, основываясь на психологических теориях, и подробно описывают их с помощью диагностики и классификации. Целью их работы является изменение, достигаемое психологическими методами с привлечением профилактики, а также терапии психических расстройств [1].

В соответствии с официальными данными (BDP), к базовым компетенциям клинического психолога относятся :

- Знание особенностей развития и нарушений эмоционального фона и поведения в детском, подростковом и взрослом возрасте.
- Знания психологической диагностики.
- Наличие знаний и навыков психологического консультирования
- Способность установления и сохранения контакта с лицами с ограниченными возможностями и имеющими трудности с установлением контакта.
- Способность проведения междисциплинарной работы.
- Проведение терапевтических мероприятий в индивидуальном и групповом формате [1].

Эти компетенции применимы как амбулаторной так и стационарной работе: в клиниках, реабилитационных центрах, в психиатрических учреждениях и консультативных центрах по семейному и педагогическому консультированию.

Помощь людям, страдающим химической зависимостью, также может быть одной из сфер деятельности психолога. Стоит однако обратить внимание на то, что сфера «помощи зависимым» принципиально отличается по своей структуре от наркологии в России.

В Российской Федерации наркология является отраслью психиатрии и таким образом помощь людям, страдающим химической зависимостью автоматически находит свое место в медицинских учреждениях: наркологических диспансерах и реабилитационных центрах. Специалистами в этой сфере являются: врачи-наркологи (часто имеющие базовую квалификацию психиатра), медицинские психологи, а также специалисты по социальной работе. Задача первичной и вторичной профилактики химической зависимости также стоит перед психологами.

Для более подробного анализа и сравнения систем помощи в России и Германии важно обратить внимание на особенности психических расстройств данного спектра. Химическая зависимость – это сложное структурное заболевание, оказывающее влияние на уровень жиз-

ни пострадавших на биологическом (изменения нейробиологических процессов головного мозга, а также сопутствующие заболевания такие как СПИД и гепатит С), психическом (эмоциональные и психические расстройства) и социальном (уровне отношений, потери социального статуса и места в обществе, в т.ч. за счет криминальной деятельности и тюремного заключения) уровне[5]. Согласно «биопсихосоциальной модели»(Engel 1977, Feuerlein 1989), множество признаков каждого из трех уровней может быть равно как фактором риска развития зависимостей, так и фактором защиты. Именно поэтому логично было бы строить систему помощи, опираясь на эту структуру.

Основой такого многоуровневого подхода в Германии является модель 4 – «столпов» (das Vier-Säulen-Modell) [3], предлагающая следующие направления работы с зависимостью: 1) профилактика 2) консультирование и терапия зависимостей 3) минимизация ущерба и обеспечение выживания (предотвращение негативных последствий зависимости – «harm reduction»). 4) Репрессия (регуляция законодательства и защита детей и подростков от непосредственного доступа к ПАВ).

Направление «принимаящей помощи» химически зависимым появилось в Германии в 80-х гг [2]. Целью такой работы является в отличие от классического представления, не абсолютная трезвость, а работа над предотвращением последствий употребления. В рамках этой концепции возникло понятие «safer use» (безопасное употребление) и консультирование по поводу рисков с употреблением разных веществ, были введены специально организованные «комнаты для употребления», предоставляющие, например одноразовые шприцы и делающие возможным профилактику распространения таких тяжелых заболеваний как СПИД и гепатит С. Из логики этого же подхода возникла заместительная терапия опиоидной зависимости, берущая свои корни в 1970х годах США.

Вышеупомянутые направления работы привлекли специалистов по социальной работе и социальных педагогов сферу, именуемую в России наркологией, и опирающуюся в большей степени на медицину и клиническую психологию. В Германии же помощь химически зависимым воспринимается в большей степени как область социальной работы. Психологи могут в ней также участвовать, но делят ответственность с социальными педагогами и социальными работниками. Чаще всего психологи с дипломом осуществляют деятельность в рамках консультирования и терапии зависимостей, как в амбулаторных центрах, так и в стационаре.

В рамках стационарного лечения психологи в большинстве случаев берут на себя обязанности проведения непосредственного терапевтического процесса. Это возможно либо при наличии квалификации «терапевт зависимостей» либо «психолог – психотерапевт». Квалификацию «терапевт зависимостей» можно получить и с базовым образованием в сфере социальной работы и социальной педагогики. В клиниках также

предусмотрена позиция «клинического психолога», ориентированная на диагностику, но не психотерапию как таковую.

В амбулаторной работе психологи, также наравне с коллегами социальными педагогами и социальными работниками, занимают должность «консультанта по зависимости» (SuchtberaterIn – нем). Сфера задач такого специалиста может быть представлена следующим образом: 1) консультирование и прояснение мотивации клиента 2) амбулаторное сопровождение и направление на стационарное лечение 3) постстационарное сопровождение 3) проведение психоэдукативных групп 4) групповая и индивидуальная работа с семьями зависимых 5) амбулаторная реабилитация (при наличии квалификации «терапевт зависимостей»).

Все вышеуказанные задачи могут выполняться равно как психологом (с дипломом), также и специалистом по социальной работе и социальной педагогике. Следовательно, различия между этими сферами знаний отходят на второй план. Первостепенным является выполнение конкретной задачи, а именно обеспечение людей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации химической зависимости, необходимой и адекватной помощью и поддержкой.

Литература

1. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen- Berufsbild Psychologie. Psychologische Tätigkeitfelder- BDP, 2018
2. Böllinger, L., Stöver, H., Fietzek, L.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik – Leitfaden für Drogennutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Fachhochschulverlag, Band 12- 2002.
3. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Aktionsplan Drogen und Sucht, 2003.
4. Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, ausgegeben zu Bonn am 22. November 2019
5. Tretter F., Müller A. Psychologische Therapie der Sucht. – Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 2001.

Личностные особенности зависимых от сочетания наркотиков и алкоголя*

Рецер Р.А., Соловьева И.Г., Сарычева Ю.В.
ФГБОУ ВО Новосибирский государственный
медицинский университет Минздрава России, Россия
ГБУЗ НСО «Новосибирский областной
клинический наркологический диспансер», Россия
regina_rezer@mail.ru, irraso@mail.ru, julia_sar@mail.ru

Патрикеева О.Н.
ГБУЗ НСО «Новосибирский областной
клинический наркологический диспансер», Россия
oli74@mail.ru

Ключевые слова: химическая аддикция, психоактивные вещества, аддиктивная личность

Personal characteristics of addicts using a combination of drugs and alcohol

Rezer R.A., Soloveva I.G., Sarycheva Yu.V.
Novosibirsk State Medical University, Russia
Novosibirsk regional clinical narcological dispensary, Russia
Patrikeeva O.N.
Novosibirsk regional clinical narcological dispensary, Russia

Keywords: drug addiction, psychoactive substances, addictive personality

Введение. В последние годы наблюдается рост числа зависимых, употребляющих сочетание различных психоактивных веществ (ПАВ), следствием чего является изменение клинической картины заболевания, проявляющееся в ускорении темпа развития основных симптомов и синдромов наркотической аддикции и более тяжелых социальных последствиях [1, 2]. Наиболее токсические эффекты на организм и психику оказывает потребление нескольких наркотических веществ в сочетании с алкоголем, в связи с чем актуальным является изучение психологических особенностей пациентов данной группы, что позволит применять более персонализированный подход в профилактике и коррекции зависимости от ПАВ.

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00919 А – Клинико-патопсихологические аспекты наркозависимости от синтетических каннабиноидов и синтетических катинонов: роль полиморфизма генов дофамин-β-гидроксилазы (DBH) и транспортера дофамина (DAT).

Цель исследования – изучение личностных особенностей и показателей психоэмоциональной реактивности у наркозависимых, употребляющих ПАВ в сочетании с алкоголем.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 57 мужчин с зависимостью от ПАВ. Из них, 19 человек с мононаркоманией (зависимость от одного наркотического вещества), 16 – с полинаркоманией (зависимость от нескольких наркотических веществ); 12 – с осложненной наркоманией (зависимость от одной группы наркотиков и алкоголя), «смешанная» группа – 10 человек с синдромом зависимости от нескольких наркотических веществ и алкоголя. Все обследуемые – пациенты ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер». Средний возраст – 31,5±5,6 лет. Длительность употребления ПАВ – 14±6,8 лет.

При проведении исследования использовали клиническое интервью, Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (Собчик Л.Н., 2000); опросник «Мотивы употребления наркотиков» (Аксюциц И.В., 2007); опросник агрессивности Спилбергера Ч.Д.; шкала тревожности Спилбергера Ч.Д. (в адаптации Ханина Ю.Л.). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0. Сравнение групп по отдельным показателям проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни, для выявления взаимосвязи между переменными использовали критерий г-Спирмена.

Результаты. При исследовании личностных особенностей пациентов «смешанной» группы (с синдромом зависимости от нескольких наркотических веществ и алкоголя) выявлено умеренное повышение шкалы F (65T), что указывает на переживание состояния стресса, ощущение внутреннего дискомфорта, напряжения и в целом, на дисгармонию личности.

Кроме того, у зависимых от сочетания нескольких наркотиков и алкоголя наблюдаются значимо более высокие показатели по шкале «Индивидуалистичность» ($p < 0,05$) в сравнении с другими обследуемыми группами и, напротив, более низкие показатели по шкале «Эмоциональная лабильность» ($p < 0,05$) и шкале «Лжи L» ($p < 0,05$), что на уровне поведенческих и эмоциональных паттернов может проявляться отгороженностью/изоляция, низкой социальной желательностью, трудностями в коммуникации. В таком случае, низкая чувствительность к средовым воздействиям может быть проявлением защитного механизма психики. При этом, степень индивидуалистичности и эмоциональной лабильности в исследуемой группе наркозависимых прямо коррелирует с уровнем личностной тревожности ($p < 0,05$). Действительно, у пациентов «смешанной» группы определяется более высокий уровень личностной тревожности и агрессии (агрессия как реакция и внешняя агрессия), чем у зависимых с моно- и осложненной наркоманией ($p < 0,05$).

Изучение мотивов употребления показало, что в группе с зависимостью от нескольких наркотических веществ и алкоголя ведущими явля-

ются персонально значимые мотивы: гедонистические, гиперактивации поведения и атарактические, а также, мотивы самоповреждения, что указывает на наличие аутоагрессии.

Уровень выраженности аддиктивных мотивов имеет обратную связь со шкалой коррекции поведения ($p < 0,05$) и напрямую со шкалами достоверности ($p < 0,01$) и социальной интроверсии ($p < 0,05$). Патологическое влечение к ПАВ с одной стороны, способствует погруженности в себя, отгороженности, замкнутости, с другой – снижению самоконтроля над поведением, нарастанию психопатологических личностных проявлений, что, в свою очередь, приводит к повторному потреблению веществ и усиливает напряженность аддиктивных мотивов.

Указанные факторы могут быть одной из причин употребления нескольких ПАВ, что позволяет избавиться от негативных эмоциональных переживаний, получить более интенсивные и пролонгированные ощущения и разрядку внутреннего напряжения. В тоже время, токсические эффекты сочетания ПАВ и алкоголя способствует нарастанию тревожности, эмоциональной нестабильности и агрессивности.

Выводы. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что для лиц, употребляющих несколько наркотических веществ в сочетании с алкоголем, изначально характерны личностные особенности, для компенсации которых они начинают использовать различные сочетания ПАВ. При этом, при употреблении наркотических веществ разных групп увеличивается их токсическое воздействие на организм, быстрее формируются патологические изменения личности. Таким образом, сочетанное употребление приводит к усилению преморбидных особенностей.

Соответственно, психокоррекционная работа должна быть направлена на приведение личности к большей целостности, на выявление и компенсацию имеющихся патопсихологических личностных особенностей, обучению навыкам социального взаимодействия.

Литература

1. *Рохлина М.Л.* Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ. Полизависимость // Вопросы наркологии. – 2014. – № 2. – С. 127–140.
2. *Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В.* Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ подростками как актуальная проблема наркологии // Вопросы наркологии. – 2017. – № 7. – С. 82–93.

Содержание социокультурной реабилитации (абилитации): к постановке проблемы

Рогачева Т.В.

*ГАО «Областной центр реабилитации
инвалидов», Екатеринбург, Россия*

TVRog@yandex.ru

Ключевые слова: социокультурная реабилитация; социализация; адаптация

Content of socio-cultural rehabilitation (habilitation): to the problem statement

Rogacheva T.V.

*GAU "Regional center for rehabilitation
of disabled people", Yekaterinburg, Russia*

TVRog@yandex.ru

Keywords: socio-cultural rehabilitation; socialization; adaptation

Социокультурная реабилитация, это, пожалуй, один из видов реабилитации, который чаще всего обсуждается как теоретиками, так и практиками, занимающимися проблемами реабилитационного процесса. В нормативных правовых документах, определяющих содержание реабилитационного процесса, социокультурная реабилитация включена в направление «социальная реабилитация» и рассматривается как один из компонентов «системы и процесса полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, ... направленной на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество» [1].

Если обратиться к теоретическим обоснованиям содержания понятия «социокультурная реабилитация», то чаще всего можно встретить определение социокультурной реабилитации через досуг. Так, например, В.С. Лебедев рассматривает социокультурную реабилитацию как «развитие всех форм досуговой деятельности инвалидов», подчеркивая, что «важная роль в социально-культурной реабилитации инвалидов принадлежит терапии средствами искусства и культуры, творчеством» [3,110]. Примерно в таком же ключе определяют содержание социокультурной реабилитации московские исследователи: «Приоритетной задачей социокультурной реабилитации является расширение творче-

ского потенциала инвалидов, выявление их интересов и потребностей. Она включает в себя комплекс различных мероприятий, направленных на восстановление культурного статуса инвалида как личности. Приобщаясь к культуре и искусству, инвалид становится частью культурного сообщества, что позволяет ему адаптироваться в стандартных социокультурных ситуациях, сформировать качества, позволяющие использовать различные формы досуга» [2, 149–150].

Таким образом, ограничившись досуговой деятельностью, из сферы внимания авторов, исследующих социокультурную реабилитацию, ускользает более глубокое сущностное понимание, которое связано с таким сложным понятием, как культура, и рядом других понятий, например, социализация, адаптация. Анализ содержания социокультурной деятельности необходим и потому, что в имеющихся определениях неявно содержится представление о ней как более глубоком феномене, когда речь идет о ее роли и месте в системе социальной реабилитации инвалидов, смыслом которой выступает именно восстановление.

Определить содержание и цель социокультурной реабилитации необходимо для конкретных реабилитационных мероприятий. Если речь идет о реабилитации, то главным в социокультурном восстановлении инвалида выступает социализация людей, оказавшихся в ситуации, которая привела к инвалидности. Поэтому социокультурная реабилитация это, в первую очередь, процесс формирования (абилитация) и восстановления (реабилитация) социально значимых навыков – способности к общению, согласованию действий, формированию адекватной самооценки и пр. Для осуществления данного процесса необходимо, во-первых, нормализовать психологическое состояние инвалида, во-вторых, сформировать адекватное представление как самого человека с инвалидностью, так и его близких о ситуации, на основе которого формируется новый образ «Я», происходит осознание своих реальных возможностей и определение сферы и способов реализации личности с учетом новых жизненных обстоятельств, в которых оказался человек.

Возникает вопрос: какие специалисты будут оказывать подобные услуги? Зачастую в реабилитационных центрах социокультурные мероприятия закреплены за специалистами, занимающимися досугом (организация экскурсий, вечеров отдыха, просмотров и обсуждений телепередач, книг и пр.). Однако, исходя из вышесказанного, ведущую роль в оказании социокультурных услуг инвалидам играют психологи. Ведь в результате нарушения здоровья и приобретения инвалидности происходят изменения, вследствие которых появляются трудности личностного и социального характера, диктующие необходимость адаптации инвалида в различных социокультурных ситуациях. Социокультурная реабилитация предполагает освоение образцов поведения, общения, деятельности, отношений, соответствующих конкретной культурной

среде, частью которой является человек с инвалидностью, что является компетенцией психолога.

Адаптация позволяет интегрировать инвалида в социальную среду, частью которой он становится, с учетом произошедших изменений. Сам процесс адаптации предполагает ориентацию на конкретные культурные нормы, воплощающие общественные требования. В процессе реабилитации происходит восстановление или коррекция утраченных функций инвалида в соответствии с социальными и культурными ожиданиями той общественной системы (общества) или ее подсистемы (сегмента общественной жизни, сообщества), которой он принадлежит или частью которой становится. Поэтому качество реабилитации обнаруживается в том, насколько инвалиду удалось интегрироваться в виды деятельности и отношения, соответствующие, например, его возрасту, в какой мере он был принят социальной средой, и какое место занял в ней. С таких позиций и творчество рассматривается не только, и не столько как досуговая деятельность, а как создание чего-то нового – новых отношений, способов деятельности и поведения, общения, типов коммуникации и т.п.

Следовательно, социокультурная адаптация приводит инвалида к достижению определенного уровня социальной компетенции, который позволяет ему интегрироваться в окружающую его социальную среду в соответствии с требованиями и ожиданиями среды, ее самобытной культуры.

Литература

1. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020).
2. Григорьева Е.И., Илларионова Н.Н., Ганичева Ю.В., Казакова И.С. Теоретическое обеспечение социально-культурной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья средствами искусства // Вестник МГУКИ. 2016. № 3 (71). С.148–154.
3. Лебедев В.С. Социокультурная реабилитация как целостный процесс // Гуманизация образования. 2018. № 4. С.109–113.

Новая модель потребления психоактивных веществ российскими студентами

Рычкова О.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Россия

rychkovaov@mgppu.ru

Агibalова Т.В.

Московский научно-практический

центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия

Пустовалова А.В.

Московская служба психологической

помощи населению, Россия, Москва

anna.pustovalova.mgppu@mail.ru

Ключевые слова: студенческий стресс, улучшение когнитивных функций, психоактивные вещества, ноотропы

New model of substance use by Russian students

Rychkova O.V.

Moscow State University of Psychology and Education

Agibalova T.V.

Moscow Research Centre for Addictions

Pustovalova A.V.

Moscow Service of Psychological Assistance to the Population

Keywords: student stress, enhancement of cognitive functions, drugs, nootropics

Период обучения в вузе для человека юношеского возраста сопряжен с необходимостью решения большого числа задач, связанных с личностным, профессиональным, социальным самоопределением. Сопутствующая этому психоэмоциональная нагрузка становится одним из значимых факторов психических расстройств и нарушений поведения. Так, употребление психоактивных веществ (ПАВ) особенно распространено среди молодежи в возрасте от 18 до 25 лет, при том, что «именно здоровье молодых людей больше всего страдает от связанных с этим последствий» (*Доклад ...*, с. III).

Кроме того, в современном обществе ситуация с употреблением ПАВ изменяется в соответствии с внешними, социальными факторами. На смену «традиционной» модели рекреационного использования алкоголя, или употребления опиатов маргинальными группами населения, приходят иные тенденции, значительно менее исследованные, но очень

опасные. Это и переход к новым синтетическим или «дизайнерским» наркотикам, которые не только легче синтезировать, но и сложнее обнаружить. Это и новая мифология потребления, с идеями якобы возможного контролируемого использования «легких» наркотиков, безвредности и допустимости последних. Изменяется мотивация потребления, отношение к наркотикам в обществе, возникают новые молодежные субкультуры, диктующие свои правила. Одной из проблем, которая наметилась в последние годы, но не изучалась в России, стало использование ПАВ студентами с целью совладания со студенческим стрессом и улучшения уровня когнитивного функционирования (УКФ).

В западных странах медицинские специалисты уже несколько десятилетий назад обнаружили рост числа психически здоровых лиц, использующих рецептурные медицинские препараты без рекомендаций врача для целей улучшения умственной работоспособности, продуктивности, повышения показателей внимания и памяти (Farah, 2015). По результатам проведенных в разных странах исследований, подобная практика чаще присутствует у студентов престижных, высокорейтинговых университетов, то есть у тех, кто ищет конкурентных преимуществ (Maier, Ferris, Winstock, 2018). Потребление рецептурных медицинских препаратов без назначений врача для цели УКФ, по мнению исследователей, имеет сомнительную эффективность, скорее основано на эффекте плацебо, иногда может стать способом преодоления стресса и/или неблагоприятного эмоционального и физического состояния. При этом побочные эффекты такого неконтролируемого приема высоко вероятны и пагубны. Это и формирование зависимости от препаратов стимулирующего действия, перехода (в поисках еще более заметного эффекта) к наркотическим веществам, особенно – амфетаминам, и спровоцированные недозированным приемом психозы и суициды (Vo, Neafsey, Lin, 2015).

Целью исследования стала проверка предположения о высокой частоте встречаемости в российской студенческой популяции использования медицинских препаратов для совладания со стрессом, оптимизацией психического состояния, улучшения когнитивных функций и достижения более высоких академических показателей.

Дизайн исследования. Пилотажное исследование было проведено с использованием on-line опроса, мотивирующее письмо размещалось в социальных сетях (ВКонтакте и Facebook). Респонденты приняли участие в исследовании, заполнив Гугл-форму с вопросами анкеты и тестов, на добровольной основе и условиях анонимности. Анкета включала высказывания, касающиеся разных аспектов обучения, отношения к программе и учебным трудностям, вопросы, относящиеся к стратегиям совладания со стрессом, выбору препаратов, используемых для преодоления нежелательного состояния (использовались шкалы Ликерта, дихотомическая, ответ со свободным выбором). Для скрининг-

диагностики депрессии, тревоги и стресса применены DASS-21 и Краткая Шкала Стрессоустойчивости (КШС).

Полностью заполнили анкеты 606 студентов из России (439 девушек и 167 юношей), обучающихся в вузах Москвы, Санкт-Петербурга и других городов, по различным направлениям. Возраст испытуемых был не ниже 18 лет (что было условием участия в исследовании), и в среднем составил $20,9 \pm 0,26$ года для юношей и $21,6 \pm 0,2$ для девушек. Гендерный состав отражает реальное соотношение обучающихся на программах разных направлений (девушек больше среди обучающихся на гуманитарных направлениях).

Результаты. Получено эмпирическое подтверждение того, что обращение к лекарственным препаратам является приемлемым для студентов российских вузов типом копинга с возникающими во время обучения трудностями. Факт не вызывает удивления, отражая широко распространенную в России практику самолечения. Была выделена группа респондентов, признавших реальный опыт обращения к лекарственным препаратам, в том числе в целях УКФ, их число оказалось значительным – 293 человека (48,3 % от всей выборки). Ответы респондентов этой группы (основной) проанализированы, и сопоставлены (с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни) с данными студентов, отрицающих применение любых ПАВ, включая лекарственные средства, и включенных в контрольную группу (228 человек или 37,6 %).

Установлено, что лица основной группы имеют более высокий уровень переживаемого стресса и повышенные значения показателей эмоционального неблагополучия. 112 человек (или 38,2 % лиц из основной группы) находят у себя признаки психического неблагополучия; чаще признавая симптомы депрессивных, тревожных расстройств, биполярного аффективного расстройства. И хотя у лиц основной группы ни разу не встретилось указаний на наличие признаков какого-либо «специфическое расстройство когнитивных функций или обучения» (пункт анкеты), они широко используют лекарства УКФ наряду с иными препаратами. В качестве наиболее часто используемых – ноотропы (глицин, фенибут, пирацетам, др.), растительные препараты с седативным и/или стимулирующим действием, антидепрессанты, противотревожные, адаптогены и иные. У лиц, использующих медицинские препараты для УКФ, отмечены высокая степень выраженности внутреннего локуса контроля в виде признания приоритета личного желания в выборе специальности, высокой степень влияния своих способностей на успешность сдачи сессии. Можно заметить у них сравнительно низкую степень удовлетворенности собственными способностями, восприятие окружающего мира как диктующего высокие, чрезмерные требования.

Выводы. Проведенное пилотажное исследование своевременно, отражает активно формирующуюся в студенческой популяции практику

использования фармацевтических препаратов для целей оптимизации своего психического состояния и УКФ (в виде стремления повысить работоспособность, улучшить запоминание материала, и достичь желаемой академической успешности). Доказан факт обращения студентов российских вузов к широкому кругу лекарственных препаратов, и такая практика распространена у студентов, ощущающих высокий уровень академического стресса и имеющих перфекционистские установки. Перспективы исследования видятся в создании методов скрининга практики использования медицинских препаратов для целей УКФ, выявлении факторов влияния, значимых для формирования такой практики. Конечно, необходимы междисциплинарные исследования для оценки эффектов используемых для целей УКФ медицинских препаратов, как положительных, так и нежелательных, выявление факторов риска формирования зависимости от ПАВ, сопоставление с данными по более традиционному рекреационному потреблению ПАВ. В перспективе – разработка программы профилактики.

Ограничения исследования. В исследовании не оценивалось объективными методами психическое здоровье респондентов, в том числе наличие/отсутствие признаков химических зависимостей, равно как и реальные эффекты использования лекарственных препаратов. Не проводилось анализа нежелательных (побочных) эффектов установленного фактически самолечения, не оценивалось более традиционное рекреационное потребление ПАВ.

Литература

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год (E/INCB/2019/1)
2. *Maier L.J., Ferris J.A., Winstock A.R.* Pharmacological cognitive enhancement among non-ADHD individuals – a cross-sectional study in 15 countries. // *Int J Drug Policy.* – 2018. – Vol.58. – P. 104–112
3. *Farah M.* The Unknowns of Cognitive Enhancement. *Science.* – 2015. – 350:379–380
4. *Vo K., Neafsey P., Lin C.* Concurrent use of amphetamine stimulants and antidepressants by undergraduate students // *PATIENT PREFER ADHER.* 2015. Vol.9. P.161–172

Взаимосвязь социальной адаптации психически больных пациентов с особенностями совладающего поведения и отношения к болезни

Селезнева М.Н.

Россия, Москва, ФГБОУ ВО МГППУ

selezmar@mail.ru

Ключевые слова: психическое расстройство, социальная адаптация, совладающее поведение, отношение к болезни

The relationship of social adaptation of mentally diseased patients with features of coping behavior and perception of disease

Selezneva M.N.

Russia, Moscow, Moscow State Pedagogical University

Keywords: mental disease, social adaptation, coping behavior, perception of disease

Социальная адаптация психически больного пациента определяет успешность его взаимодействия с другими людьми, и потому ее повышение является значимой частью психосоциальной реабилитации. Данный психологический феномен проявляется в готовности пациента к принятию терапии, его отношении к медицинскому персоналу, особенностях общения с родственниками, возможности трудоустройства и самореализации в профессиональной среде и др. Низкая социальная адаптация в крайних своих проявлениях сопряжена с высокими рисками потери жизненного смысла, развития депрессивных состояний, инвалидизации, формирования зависимости от ПАВ, криминализации. Высокая социальная адаптация, в свою очередь, связана с успешным функционированием пациента в обществе [4].

В данной работе социальная адаптация рассматривается как результат приспособления пациента к новой жизненной ситуации, которая начинается с проявления болезненных симптомов и манифестации заболевания. Данная ситуация предъявляет высокие требования к внутренним и внешним ресурсам личности: с одной стороны это психологические особенности пациента и его прошлый опыт, с другой – особенности самой ситуации, возможность обращения за помощью, информационная обеспеченность, поддержка близких людей [3].

В.Н. Мясичев говорит о том, что тот или иной тип социальной адаптации является результатом взаимодействия личности и болезни [2]. На ос-

нове этого взаимодействия формируется отношение к болезни – психологический конструкт, включающий в себя восприятие заболевания и отдельных его симптомов, принятие лечения, видение будущего в контексте болезни и др. Отношение к болезни постепенно встраивается в целостную систему отношений личности, тем самым влияя на все остальные ее психологические характеристики, в том числе на особенности совладающего со стрессом поведения: взаимодействие старых, привычных способов преодоления с новой ситуацией болезни формирует и новый стиль совладания, который может либо способствовать улучшению актуального состояния, либо, наоборот, усугублять болезненную симптоматику [2]. Таким образом, отношение пациента к болезни и стиль его совладающего поведения оказывают существенное влияние на успешность адаптации к изменившимся особенностям социального функционирования [5].

Целью исследования стало выявление особенностей взаимосвязи между социальной адаптацией, отношением к болезни и совладающим поведением у психически больных (на примере пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектров).

Выборку составили 42 взрослых пациента 4-й клинической психиатрической больницы им. Б.П. Ганнушкина. Среди испытуемых 25 пациентов с диагнозами расстройств шизофренического спектра и 17 – аффективного.

Методы исследования: полуструктурированное интервью, формализованная диагностика (опросник «Способы совладающего поведения», Р. Лазарус, С. Фолкман); методика «ТОБОЛ», институт им. В.М. Бехтерева; опросники «Социальное благополучие» и «Удовлетворенность жизнью», Н.Н. Мельникова). Внешняя адаптация понималась как видимая успешность функционирования индивида в обществе, а внутренняя – как субъективное чувство психологического благополучия [1].

Результаты исследования. При помощи непараметрического критерия Спирмена исследовалась связь социальной адаптации с отдельными типами отношения к болезни и отдельными копинг-стратегиями. Более высокий уровень социальной адаптации наблюдается при типах совладающего поведения, связанных с планированием решения проблемы ($r = 0,45$) и положительной переоценкой ситуации ($r = 0,55$), причем они оказывают позитивное влияние преимущественно на внутренний критерий адаптации, т.е. на субъективное чувство благополучия. С более высокой социальной адаптацией связано также стремление к поиску социальной поддержки, однако лишь в сочетании с умением состоятельно планировать решение проблемы. Высокой социальной адаптации способствует также эргопатический тип отношения к болезни ($r = 0,31$), связанный с погружением в профессиональную деятельность. Отрицание заболевания или преуменьшение его значимости связаны с большим субъективным чувством благополучия, однако ведут к снижению социальной адаптации на внешнем уровне.

Были выявлены также связи между отдельными типами отношения к болезни и копинг-стратегиями, которые позволили предположить, что некоторые типы отношения к болезни снижают возможности эффективного совладания и, соответственно, успешность социальной адаптации. Так, способность к таким конструктивным копинг-стратегиям как положительная переоценка и планирование решения проблемы снижена при тревожном, меланхолическом, ипохондрическом, эгоцентрическом отношении к болезни. Эффективному самоконтролю препятствуют подозрительность, дисфория, отрицание заболевания.

Итак, существует определенная взаимосвязь между социальной адаптацией, отношением к болезни и совладающим поведением: способность к положительной переоценке проблемы и планированию ее решения, умение обращаться за помощью, интерес к профессиональной деятельности способствуют более высокой социальной адаптации, в то время как избегание трудностей, чрезмерно выраженный самоконтроль, самообвинение, эгоцентризм могут формировать социальную дезадаптацию.

Полученные в ходе исследования данные позволяют планировать такие формы психотерапевтической, коррекционной, реабилитационной работы с пациентами, которые направлены не на устранение неконструктивных и дезадаптивных форм поведения и реагирования, а на развитие внутренних ресурсов, обучение таким формам совладания, которые помогут пациентам преодолеть стрессовую для них ситуацию заболевания и научиться видеть и понимать ее по-новому.

Литература

1. *Мельникова Н.Н.* Диагностика социально-психологической адаптации личности : учебное пособие / Н.Н. Мельникова. Челябинск : ЮУрГУ. 2004. 59 с.
2. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1960. 426 с.
3. *Позднякова О.В.* Социальная адаптация как стадия социализации личности // Социально-экономические явления и процессы. 2011. № 5–6. С. 362–366.
4. *Токарева Г.М.* Субъективные представления об имеющихся проблемах социального функционирования у пациентов с психическими расстройствами, совершавших и не совершавших общественно опасные деяния // Sciences of Europe. 2017. № 1. С. 78–82.
5. *Middelboe T.* Coping strategies among the long term mentally ill: categorization and clinical determinants / T. Middelboe, E.L. Mortensen // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007. № 3(96). P. 188–194.

Оценка степени самостоятельности и необходимого сопровождения лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью

Сиснева М.Е.

член Межведомственной рабочей группы по разработке основных подходов к реформированию ПНИ при Минтруда РФ (совместно с РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва)

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, самостоятельность, сопровождение, пациенты с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью

Assessment of the Degree of Self-dependence and Necessary support among Persons with Severe Mental Disorders and Disabilities

Sisneva M.E.

member of the Interdepartmental working group on the development of basic approaches to reforming psychoneurological residential facilities under the Ministry of Labor of the Russian Federation (in collaboration with the Center for Curative Pedagogy, Moscow)

Keywords: psychosocial rehabilitation, self-dependence, support, patients with severe mental disorders and disabilities

Статьей 19 Конвенции о правах инвалидов ООН признается равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, выбирать наравне с другими людьми свое место жительства, иметь равный доступ к услугам, в том числе поддерживающим услугам, оказываемым на дому и по месту жительства, включая персональную помощь для поддержки самостоятельного образа жизни в местном сообществе.

Для лиц с инвалидностью, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе вследствие тяжелых психических расстройств, развиваются технологии сопровождаемого проживания. Сопровождаемое проживание – это стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления лицам с инвалидностью услуг по реабилитации и абилитации, социальных и иных услуг и проведения мероприятий по их социальному сопровождению в целях компенсации обстоятельств, которые ухудшают условия их жизнедеятельности, и сохранения их пребывания в привычной и благоприятной среде.

После проведенного в 2019 году мониторинга деятельности психоневрологических интернатов (ПНИ) правительство РФ дало поручение

ГМЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского провести оценку всех жителей ПНИ на предмет степени их самостоятельности и дееспособности. По мнению авторов данного исследования, проведенная оценка была основана исключительно на медицинских критериях. Своей целью авторы данного исследования поставили разработку, а также апробацию и первичную валидизацию опросника, направленного на определение степени самостоятельности и необходимого сопровождения лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью, – опросника, который основывался бы на всесторонней оценке их функционирования и мог бы лечь в основу разработки финансово-организационной модели предоставления лицам с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью необходимых им реабилитационных услуг и социального сопровождения.

Для разработки понятийного аппарата исследования была использована концептуальная основа Международной классификации функционирования (МКФ). Критерии и домены МКФ обладают большой внутренней связностью, взаимным соответствием клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушений здоровья. Кроме того, в Российской Федерации домены всех разделов МКФ уже используются органами медико-социальной экспертизы при установлении инвалидности, что обеспечивает общую методологическую основу для взаимодействия специалистов. Опросник оценки степени самостоятельности включает измеримые критерии всех функций разделов «Активность и участие» МКФ.

Введение доменов МКФ в критерии оценки степени самостоятельности лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью позволило:

- уточнить содержание отличительных признаков, на основании которых производится оценка;
- измерить признаки с помощью единой шкалы МКФ;
- использовать в качестве критериев не столько медицинские показатели, сколько активность и участие граждан в обычных социальных отношениях в естественных жизненных ситуациях;
- привлечь для комплексной оценки специалистов различных специальностей и направлений.

Данное исследование было проведено на базе одного из психоневрологических интернатов Департамента труда и социальной защиты г. Москвы. В опросе приняло участие 162 человека с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью.

В зависимости от степени нарушения или затруднения автономии оцениваемых функций по результатам исследования была не только определена степень самостоятельности участников исследования, но и установлен рекомендуемый объем, периодичность и характер услуг необходимого им социального сопровождения.

Арт-терапевтическая и групповая работа в стационаре с пациентами при различных видах психической патологии

Строгова С.Е.

ФГБНУ Научный центр

психического здоровья, Москва, Россия

svetlana.strogova0101@gmail.com

Ключевые слова: Подростки, социальное взаимодействие, реабилитация, арт-терапия

Art therapy and group work in a hospital with patients with various types of mental pathology

Strogova S.E.

Mental Health Research Center

Keywords: teenagers, social interaction, rehabilitation, art therapy

Снижение и утрата социальных и коммуникативных навыков при психическом заболевании в подростковом и юношеском возрасте может повлечь необратимые последствия. Госпитализация, стигматизация и другие факторы способствуют замыканию и самоизоляции юных пациентов. Арт-терапевтические, групповые занятия помогают пациентам обрести себя с опорой на их интересы, сохранные ресурсы, мотивацию, индивидуальные особенности, возможности [1,3,4].

Цель работы – формирование социальных и коммуникативных навыков, построение реабилитационного маршрута.

В ФГБНУ НЦПЗ в отделении реабилитации ведется групповая арт-терапевтическая работа с подростками (пациенты 7 клинического отделения) и лицами юношеского возраста (пациенты 2 клинического отделения).

Критерии включения в арт-терапевтическую и групповую работу: 1. Сохранный интеллект; 2. Подростковый, юношеский возраст; 3. Преимущественно малая прогрессивность заболевания (желательно); 4. Лечение в стационаре; 5. Вхождение в ремиссию; 6. Рекомендация лечащего врача.

Противопоказания: 1. Острота состояния.

В исследовании использовались методы субъективного шкалирования, опроса, беседа. Тестирование проводилось только для арт-терапевтических групп, до и после прохождения цикла занятий.

Арт-терапевтическая работа включала цикл из 6 тематических занятий, по 2 занятия в неделю, продолжительностью от 45 минут до 1 часа

в зависимости от степени утомления участников и проработки темы. Группа полуоткрытая (подростки 7 отделения НЦПЗ), число участников не превышает 8 человек без гендерного деления. В начале занятия ведущий в форме дискуссии поясняет тему занятия (1. Я-образ, 2. Мое настроение, 3. Эмоции, 4. Моя семья, 5. Дружба рисунками, 6. Мир, в котором хочется жить), после чего группа приступает к созданию образа и обсуждению. Материалами для работы выступают акварельные краски, гуашь, карандаши или пастель.

Групповая работа на базе 2 отделения НЦПЗ осуществлялась в виде 4 тематических встреч 1 раз в неделю, формат группы открытый, продолжительность 1 час, число участников до 10 человек без гендерного деления. Работа проводилась с использованием разных по теме метафорических карт, например, «Зонтики» – метафора совладания с трудными жизненными ситуациями» [2]. В начале занятия группа под руководством ведущего в форме обсуждения изучает предложенный материал, в описываемом случае 64 карты с авторскими рисунками, на следующем этапе предлагается еще 64 карты, но уже с незаконченными предложениями (карта-схема), где представлен общий принцип действия в сложной жизненной ситуации. Одной из главных задач является стимуляция участников группы к дискуссионному формату работы.

Анализ и сравнение полученных данных тестирования (повторного тестирования) для пациентов 7 отделения прошедших курс арт-терапевтических занятий и пациентов находящихся только на медикаментозном лечении, показало, подростки прошедшие цикл занятий по арт-терапии стали более адаптированы, учатся сотрудничать, уменьшаются показатели алекситимии. Во время занятий подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях.

Групповые занятия с пациентами юношеского возраста с использованием разных наборов метафорических карт также зарекомендовали себя эффективным методом, поскольку часть участников группы в последующем работали индивидуально с клиническим психологом, формируя более точные запросы в терапии. Разрабатывается количественный метод оценки эффективности групповых занятий.

Групповой формат встреч в условиях стационара с использованием разных в том числе арт-терапевтических, проективных методов выступил эффективным средством коррекционной работы, направленной на улучшение социального взаимодействия. Доступность и регулярность терапии, позволили пациентам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и формированию навыков коммуникации. Таким образом, сочетание медикаментозной терапии и разных методов психотерапии позволяют ориентировать пациентов в дальнейшей реабилитационной работе.

Литература

1. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. – М., Академический проект, 2012.
2. *Гераськина Г.* Зонтики. Метафора совладания с трудными жизненными ситуациями. Метафорические карты. Генезис, 2017.
3. *Казьмина О.Ю.* Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: Методические рекомендации. – Москва: Сам полиграфист, сор. 2016.
4. *Копытин А.И.* Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт. – М.: Когито-Центр, 2012. –286 с.

Тренировка памяти как способ улучшения качества жизни людей пожилого возраста с деменцией

Суворова И.Ю.

*Московский психолого-социальный
университет, Москва, Россия*

Ефремова Д.Н.

*Российский государственный
гуманитарный университет, Москва, Россия*

Глебов В.В.

*Российский университет
дружбы народов, Москва, Россия*

Ключевые слова: память, тренинг, качество жизни, пожилые люди

Memory training as a way to improve the quality of life of elderly people with dementia

Suvorova I.Yu.

*Moscow University of Psychology and
Social Sciences, Moscow, Russia*

Efremova D.N.

*Russian State University for
the Humanities, Moscow, Russia*

Glebov V.V.

*Peoples Friendship University
of Russia, Moscow, Russia*

Keywords: memory, training, quality of life, elderly people

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (указ президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351) ориентированная на увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет, привела к положительной динамике средней продолжительности жизни в стране. Вместе с тем актуализируется вопрос предотвращения или замедления течения возрастных болезней. В 2015 г. во всем мире у 47 миллионов человек была диагностирована деменция (что составляло приблизительно 5 % пожилого населения планеты), и эта цифра может вырасти до 75 миллионов к 2030 г. и 132 миллионов к 2050 г. По приблизительным оценкам в РФ насчитывается около двух миллионов пациентов с деменцией. Лечение, реабилитация и поддержка инвали-

дов с деменцией – это значительные государственные расходы. Наличие членов семьи с деменцией заметно ограничивает трудоспособность населения, поскольку они требуют ухода и дополнительных финансовых вложений [С.И. Гаврилова, 2014]. Более того, условия самоизоляции привели к осознанию того, что у многих пожилых людей может не быть доступа к качественному психологическому и психиатрическому обслуживанию, тогда как введение программы дистанционных психологических занятий, направленных на актуализацию компенсаторных механизмов при диффузных мозговых нарушениях снизит прогрессирование деменции.

Целью данной работы является обоснование возможности профилактики деменции и тренировки памяти с помощью дистанционных обучающих программ, что способствует улучшению качества жизни.

Изменения в головном мозге и в нервной системе в целом определяют психическое старение, которое характеризуется особенностями в когнитивной, эмоционально-волевой, повседневно-практической и социальной сферах. В наибольшей степени люди пожилого и старческого возраста подвержены нарушению когнитивной и эмоциональной сферы в связи с инволютивными морфофункциональными изменениями головного мозга: уменьшение массы мозга, сглаживание борозд и извилин, расширение мозговых желудочков и субарахноидальных пространств. По статистике от 50 % до 75 % пожилых людей предъявляют жалобы на повышенную забывчивость, утомляемость и снижение работоспособности. У них нарушается способность общаться, выражать свои потребности ухудшается, и их неудовлетворенные потребности могут быть выражены в виде измененного поведения или поведенческих и психологических симптомов деменции. Часто когнитивные нарушения сопутствуют нарушению в распознании эмоций, а также нарушению самопознания и самоконтроля.

Эти системные нарушения закономерно поднимают вопрос о характере терапевтического воздействия. Было доказано [С. Zucchella et al., 2018], что нефармакологическое вмешательство (НФВ) (физическая и двигательная реабилитация, когнитивная реабилитация, трудотерапия, психологическая терапия) оказывало больший эффект в предотвращении и остановке прогрессирования симптомов при деменции. Профессор Хидеотоши Эндо из японского Национального центра гериатрии и геронтологии в своем докладе на Всероссийском конгрессе по гериатрии и геронтологии представил результаты исследований на больших группах пожилых пациентов, имевших незначительные когнитивные нарушения (начальную стадию заболевания) и показал эффективность методики сочетания физической нагрузки с одновременным тренингом мозга – через год регулярных упражнений у большинства участников исследования память улучшилась. Аналогичные результаты показала и апробация отечественной методики, разработанной российскими психологами, и представлен-

ной в Дистанционном курсе психологических тренировок памяти для пожилых людей в рамках проекта Благотворительного фонда «София» при поддержке Фонда президентских грантов. Первый курс, ставший победителем конкурса Президентских грантов в 2017 году и реализованный в 2018 году, был нацелен на тренировку памяти у лиц пожилого возраста в целях профилактики деменции, болезни Альцгеймера. Для сбора информации и доказательства благотворного влияния тренировки памяти на качество жизни пациентов были использованы методика SAGE и опросник «Когнитивная регуляция эмоций» [Т.В. Ахутина, 2012].

В ходе реализации проекта было выявлено, что регулярные дистанционные тренировки памяти благоприятно воздействуют на психосоматическое состояние одиноких пожилых людей и служат профилактикой психосоматических расстройств [Д.Н.Ефремова, 2019]. Более того, в ходе пилотного дистанционного курса была обнаружена взаимосвязь между сохранением интеллектуальных способностей у пациентов ПНИ с деменцией и выбором конструктивных способов совладания со стрессорами из окружающей среды. На выборке из 215 человек (ж – 123, м – 92) в возрасте от 38 до 89 лет была обнаружена статистически значимая корреляция между общим показателем SAGE и способами когнитивной регуляции эмоции

С такими неконструктивными стратегиями, как катастрофизация и обвинение, напротив, была обнаружена незначительная отрицательная корреляция. Таким образом, тренировка когнитивной сферы пациентов с деменцией позволяет не только лучше управлять мышлением и памятью, но и связано с оценкой и конструктивными стратегиями совладания со стрессовыми факторами окружающей среды, что не может не сказаться на улучшении качества жизни.

Заключение. В данной статье была показана эффективность применения дистанционных методов тренировки когнитивной сферы пациентов, страдающих от деменции. Тренировка когнитивных процессов благоприятно воздействуют на психосоматическое состояние одиноких пожилых людей и служат профилактикой психосоматических расстройств, а также связана с адекватной оценкой и выбором конструктивных стратегий совладания со стрессовыми факторами окружающей среды, что не может не сказаться на улучшении качества жизни.

Литература

1. *Гаврилова С.И.* Деменция // Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2014. С. 23–145.
2. *Zucchella C. et al.* The multidisciplinary approach to Alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment // *Frontiers in neurology*. – 2018. – Т. 9. – С. 1058.
3. *Ахутина Т.В.* Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций / Т.В. Ахутина, З.А. Меликян // *Журнал «Клиническая и специальная психология»*. – 2012. – № 2. – С. 56–92.

4. *Ефремова Д.Н.* Современные технологии в социально-психологической реабилитации людей пожилого возраста. Вестник Московского государственного областного университета [электронный журнал] 2019 г. № 1. URL: www.evestnik-mgou.ru
5. *Захаров В.В.* Лекция Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения. Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, Нижний Новгород.: Деком, 2012. – № 2. – 108 с.

Психосоциальная реабилитация больных шизофренией посредством мотивационного тренинга в условиях психоневрологического стационара и в условиях ПНИ

Таккуева Е.В.

Отдел обучения и развития

ООО «Шереметьево VIP», Москва, Россия

takkueva@mail.ru

Холмогорова А.Б.

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН

им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

kholmogorova@yandex.ru

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, клиническая психология, тренинг, шизофрения, нарушения мотивации

Psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia by means motivational training in conditions of psychoneurological hospital and in conditions of psychoneurological boarding schools

Takkueva E.V.

Training and development Department LLC

“Sheremetyevo VIP”, Moscow, Russia

Kholmogorova A.B.

Federal Medical Research Centre

of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Keywords: psychosocial rehabilitation, clinical psychology, training, schizophrenia, motivational

Актуальность. Проблема нарушений мотивации при расстройствах шизофренического спектра является основной в реабилитационном процессе. Необходимо повышение эффективности существующих мотивационных тренингов, направленных на укрепление комплаенса и стимуляцию активной позиции пациентов в решении задач социальной и психологической адаптации после перенесенного психоза, а также после пролонгированного лечения. Помимо этого, в связи с реформированием психоневрологических интернатов (ПНИ), особую актуальность приобретают научные исследования психологических методов социа-

лизации пациентов, проживающих в ПНИ через активизацию и развитие их психологических ресурсов и социальных компетенций. Предлагаемая оригинальная программа мотивационного тренинга включает в себя наиболее значимые и эффективные разработки организационной и клинической психологии в области психологии мотивации и ее нарушений и находит свое применение как в условиях психоневрологического стационара, так и психоневрологического интерната.

Материалы и методы. С 2017–2020 г. всего проведены 16 групп мотивационного тренинга: с 2017–2018 г. на базе ПКБ № 4 им. Ганнушкина были проведены занятия 9 групп мотивационного тренинга; с 2018–2020 гг. на базе ГБУ ПНИ № 18, 22, 23, 30 г. Москвы были проведены занятия 7 групп мотивационного тренинга, направленного на мотивацию и активизацию, развитие ресурсов социальной адаптации больных шизофренией. Общее количество участников в каждой группе – от 6 до 10. Длительность занятий одной группы – 10 недель (для ПКБ) и 8 недель (для ПНИ). В исследовании эффективности мотивационного тренинга участвовало всего 82 человека: 47 пациентов ПКБ № 4 им. Ганнушкина (возраст 20–60 лет; 28 женщин и 19 мужчин, образование – среднее и высшее, длительность заболевания менее 5 лет, с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20 – F29, F21.4 по МКБ – 10), а также 35 пациентов ПНИ, возраст 20–70 лет; 17 женщин и 18 мужчин, образование – среднее и высшее, длительность заболевания более 5 лет, с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20 – F29, F21.4 по МКБ – 10). Исследование проводилось до и после тренинга с использованием самооценочных методик: шкалы социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р., адаптация В.В.Красновой, А.Б.Холмогоровой, 2011), методики «Диагностика самооффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011), методики «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А.Сироты, В.М. Ялтонского, 1995), методики «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), Анкеты обратной связи от участников тренинга ведущим.

Результаты. Проведенное исследование эффективности мотивационного тренинга на Базе ПКБ № 4 им. Ганнушкина показало, что предлагаемая программа способствует существенным позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: возрастает готовность к сотрудничеству со специалистами, снижается уровень социального дистресса и избегания в контактах с другими людьми, используются более конструктивные стратегии достижения целей и решения проблем. Проведенное исследование эффективности мотивационного тренинга на базе ПНИ, показало, что предлагаемая программа способствует позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: возрастает самооценка

эффективности в межличностной сфере, чаще используются важная конструктивная стратегия (поиск социальной поддержки), возрастает готовность к сотрудничеству со специалистами и желание продолжать психологическую работу, направленную на реинтеграцию в общество.

Вывод. Предварительно можно сделать вывод об эффективности предлагаемого оригинального варианта мотивационного тренинга для решения задачи повышения ресурсов социализации больных шизофренией как в условиях психоневрологического стационара, так и в условиях ПНИ. Возможные стратегии развития данного исследования: увеличение выборки; привлечение родственников и специалистов клиники к оценке результативности тренинга; оценка устойчивости в полученных результатов в долговременной перспективе (ретестирование и интервьюирование участников тренинга, а также опрос специалистов – экспертов в течение года); дальнейшее совершенствование программы в опоре на полученные результаты. Перспективы исследовательской работы и ее практическая значимость состоят в возможности использования разработанной программы для преодоления нарушений и развитие конструктивной мотивации достижений у больных шизофренией.

Особенности переживания чувства удовольствия лицами, употребляющими алкоголь и табак

Турок А.А.

*Московский государственный медико-стоматологического
университета имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия*
turchanskiy92@mail.ru

Ключевые слова: гедонизм, чувство удовольствия, алкоголь, табак

Features of the experience of feelings of pleasure by persons who use alcohol and tobacco

Turok A.A.

*Moscow state medical and dental university
named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia*

Keywords: hedonism, sensation of pleasure, alcohol, tobacco

Зависимость от алкоголя и зависимость от табака являются одними из самых распространенных форм аддиктивного поведения, в следствии легкой доступности и легализации. Зависимость от психоактивных веществ в целом не может иметь точный прогноз, а лечение и профилактика не всегда эффективны. Огромное количество усилий врачей и клинических психологов способны давать минимальный результат, что является актуальной проблемой и требует решения. Это связано прежде всего с влиянием сразу нескольких факторов: социальных, психологических и биологических. Каждый из них по отдельности или же все они в сумме оказывают существенное влияние на формирование и течение заболевания. В рамках патологического процесса, гедонистические мотивы являются начальной ступенью к формированию зависимости, особенно среди молодежи. Получение удовольствия при употреблении алкоголя и табака становится основным мотивом, который движет индивидом, несмотря на психический и физический вред. Удовольствие от психоактивных веществ заменяет удовольствие от других сфер жизни человека, что ведет к формированию устойчивого зависимого поведения. Люди стремятся к более доступному и простому способу получения удовольствия, пренебрегая негативными последствиями употребления. [1,2]

Таким образом, чувство удовольствия является важным фактором, участвующим в возникновении и развитии зависимости. Знания об особенностях переживания чувства удовольствия, могут быть использованы в психотерапии, реабилитации и особенно в профилактике.

Объект исследования: эмоциональная и мотивационная сфера лиц, употребляющих алкоголь и табак.

Предмет исследования: особенности чувства удовольствия у лиц, употребляющих алкоголь и табак.

Цель исследования: выявить и описать особенности чувства удовольствия у лиц, употребляющих алкоголь и табак.

Методический комплекс:

1. Шкала дифференциальных эмоций К. Изарда;
2. «Определение общей эмоциональной направленности личности» Б.И. Додонов;
3. Ценностный опросник Шварца;
4. Методика «Каков ваш коэффициент интимности?» Г. Алена, К. Мартина;
5. Опросник установок к сексу Айзенка.

Также в исследовании использовались следующие анкеты:

1. Анкета на характер употребления психоактивных веществ;
2. Социально-демографическая анкета.

В ходе исследования были получены следующие данные:

В итоге можно констатировать следующие характерных особенности: лица, употребляющие алкоголь и табак (основная группа) характеризуются более низкой выраженностью коммуникативных эмоций, сексуальной невротичностью по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества.

В целом их эмоциональное состояние и эмоциональная направленность личности, в том числе гедонистическая направленность личности не имеет отличий от лиц, не употребляющих психоактивные веществ. Лица, употребляющие только алкоголь, характеризуются более высокими показателями практических эмоций в эмоциональной направленности личности по сравнению с лицами со смешанным употреблением алкоголя и табака, также более низкими показателями по шкале «Порнография» по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества. Лица со смешанным употреблением алкоголя и табака характеризуются достоверно более низким показателем коммуникативными эмоциями в общей эмоциональной направленности личности по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества, также для них характерна достоверно более низкие показатели сексуальной невротичности по сравнению с лицами, употребляющими только алкоголь и более высокие показатели по шкале «Наигранность в людях» в оценке способности к интимности в межличностных отношениях по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества.

В ходе исследования были получены следующие выводы:

1. Удовольствие от коммуникации достигается в полной мере при употреблении алкоголя и табака, без данного условия коммуникация те-

ряет свою значимость в иерархии и отступает на второй план. Иначе говоря, чувство удовольствия, получаемое при употреблении алкоголя и табака, формирует определенный опыт, переживания, установки, которые влияют на переживание удовольствия при реализации другой деятельности. Люди со смешанным употреблением в меньшей степени способны получать удовольствие от деятельности и ее результата (практическая эмоциональная направленность), поскольку в ней задействован волевой компонент и требуется больше усилий. Это приводит к использованию альтернативного способа получения удовольствия- употребление алкоголя и табака. Подобная деятельность более проста и с большей вероятностью принесет индивиду удовольствие.

2. Гедонистические ценности лиц, употребляющих алкоголь и табак также, как и у лиц, не употребляющих психоактивные вещества, в своих проявлениях многообразны, и обусловлены получением удовольствия через разные аспекты деятельности. У лиц, употребляющих алкоголь и табак, данные психоактивные вещества являются лишь средством для достижения удовольствия, однако нельзя сказать, что сам факт употребления приносит удовольствие.
3. Особенностью лиц со смешанным употреблением алкоголя и табака является низкая сексуальная невротичность, которая может быть связана с избеганием неудовольствия путем употребления алкоголя и табака, и достижением удовольствия через реализацию адаптивного сексуального поведения. При избегании неудовольствия происходит нормализация состояния, при достижении удовольствия индивид стремится к пику своего состояния. Также было выявлено, что в контрольной группе порнография приносит большее чувства удовольствия и является более приемлемой в сравнении с группой, где употребляют только алкоголь. Это может быть компенсаторной стратегией, что соотносится с высокой сексуальной невротичностью в контрольной группе.

Литература

1. *Бохан Н.А.* Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Н.А. Бохан, Н.Е. Буторина, Е.Н. Кривулин– Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 234 с.
2. *Мехтиханов Н.Н.* Психология зависимого поведения: учебное пособие / Ярославль: ЯрГУ, 2005. – 122 с.

Бессознательная «память будущего» пациентов с синдромом зависимости от алкоголя: связь с тяжестью зависимости

Тучина О.Д.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия
shtuchina@gmail.com*

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Агibalова Т.В.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия*

Шустов Д.И.

*Рязанский Государственный Медицинский
Университет им. ак. И.П. Павлова, Россия*

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя; проспективное мышление; имплицитный сценарий; ремиссия; рефлексия

Implicit “Memory for the Future” in Patients with Alcohol Dependence: Associations with Addiction Severity

Tuchina O.D.

*Moscow Research Centre for Addictions of the Moscow Department of
Healthcare,*

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology and Education

Agibalova T.V.

Moscow Research Centre for Addictions

Shustov D.I.

I.P. Pavlov’s Ryazan State Medical University

Keywords: alcohol dependence; future thinking; implicit script; remission; reflection

Пациенты с синдромом зависимости от алкоголя (АЗ) страдают от существенных нарушений в сферах проспективного мышления – «памяти будущего» [2]. Однако при повышении личностной значимости экспериментальной процедуры пациенты с АЗ демонстрируют сохраненные планирование и прогнозирование, что проявляется и в решении

простых когнитивных задач, и в реализации сложных алкогольсвязанных и аутоагрессивных действий [3]. Такой разрыв между дефицитарными и нормативными проявлениями «памяти будущего» может объясняться с позиций искажения стратегии создания эксплицитных (сознательных, доступных рефлексии) образов будущего, которая определяется имплицитными (бессознательными) *сценариями*, выступающими в качестве семантических опор при организации деталей памяти в образы будущего и вписывании их в макроконтекст психического путешествия во времени. У пациентов с АЗ имплицитные сценарии могут опосредовать эксплицитную «память будущего», в том числе, планирование поведения, связанного с поддержанием трезвости. Когнитивными механизмами, позволяющими сценариям делать это, могут быть *прайминг* (фиксирование установки) и *скаффолдинг* (имплицитное использование семантических опор из общей автобиографической базы знаний для конструирования образов будущего).

Общая гипотеза исследования. У пациентов с АЗ способность к формированию ремиссий зависит от способности к рефлексии [1] имплицитных семантических опор – сценариев, используемых ими при реализации проспективной функции памяти. То есть, пациенты, неспособные к рефлексии личной и семейной истории и не осознающие ее вклада в собственную судьбу и планируемое будущее, будут демонстрировать большую тяжесть синдрома зависимости по показателям поведения, связанного с поддержанием трезвости.

Цель исследования: оценка влияния имплицитных механизмов «памяти будущего» (скаффолдинга и прайминга сценариев) на способность к формированию ремиссий у пациентов с АЗ.

Методология исследования. Материалом поперечного исследования на базе «МНПЦ наркологии» (2018–2019 гг.) стали 115 амбулаторных и стационарных пациентов-мужчины с диагнозом АЗ (F 10.2 по МКБ-10) в возрасте от 25 до 69 лет без коморбидных психических и наркологических расстройств, с минимальным сроком трезвости 14 дней. Из них была сформирована выборка для анализа имплицитных механизмов «памяти будущего» – 61 человек, прошедшие глубинное интервью.

Методы и процедура. В рамках *первичного скрининга* (тест семантической вербальной беглости и госпитальный опросник тревоги и депрессии) осуществлялся контроль факторов, которые могли бы исказить результаты исследования. В ходе полуструктурированного аутоагрессивного интервью осуществлялся *сбор алкогольного, аутоагрессивного и семейного анамнеза*. По результатам рассчитывался показатель аутоагрессии – коэффициент суицидальной опасности (КСО). *Параметры эксплицитной «памяти будущего»* исследовались с помощью методик «Линия жизни»; формирование самоопределяющих проекций будущего; «Культурный сценарий». *Имплицитные семантические опоры и ва-*

рианты прайминга выявлялись в ходе глубинного полуструктурированного «Сценарного интервью», дополняемого построением генограммы и методикой «Любимая сказка».

Результаты. В ходе иерархического кластерного анализа методом внутригрупповых связей с использованием Евклидова расстояния проверялась гипотеза о существовании групп пациентов с различной выраженностью прайминга и скаффолдинга. Выявленные кластеры (Группа 1–25 человек и Группа 2–36 человек) не различались ни по социодемографическим параметрам, ни по основным параметрам тяжести зависимости (возраст первой пробы, темп прогрессивности, сопутствующие заболевания, межличностные проблемы и т.д.), ни по маркерам аутоагрессивного поведения (КСО, суицидальные мысли и попытки и пр.), ни по параметрам эксплицитной проспекции (содержание и феноменологические характеристики событий «Линии жизни» и «Самоопределяющих проекций»), но имели интересные отличия по параметрам, связанным с имплицитными механизмами «памяти будущего». Так, Группа 1 отличалась от Группы 2 меньшей частотой встречаемости семейных паттернов называния в честь других людей ($p=0.009$), меньшим осознанием значения имени ($p=0.000$), низкой рефлексией специфики называния ($p=0.000$) и автора имени ($\chi^2(3)_a=12.5$; $p=0.007$), менее осознаваемой причиной смерти ($p=0.013$), отсутствием эмоционально-окрашенных ассоциаций с собственным именем ($p=0.000$); меньшей частотностью выявления «семейных секретов» ($p=0.04$). В Группе 2 наблюдалась большая наследственная отягощенность психопатологией и АЗ ($p=0.05$); была выше частота алкогольной смерти одного из родителей ($p=0.02$). Пациенты Группы 1 чаще не имели долгосрочных (5 лет) планов ($\chi^2(1)_b=7$; $p=0.008$), реже вербализовали возможную причину (40 % и 75 % в Группе 1 и 2, соответственно, $p=0.01$) и возраст собственной смерти (52 % и 83 %; $p=0.019$), и практически не «прогнозировали» собственную неестественную ($p=0.019$) или внезапную (быструю) смерть ($p=0.004$). Самоопределяющие проекции в Группе 1 имели укороченную временную перспективу, в среднем не превышавшую 12 месяцев (2–3 года в Группе 2, $p=0.024$). Также, группы продемонстрировали убедительные различия по параметрам, связанным с попытками лечения и ремиссии АЗ. Так, пациенты Группы 2 чаще обращались за лечением ($U=270.5$; $p=0.008$) (в том числе, амбулаторным, $U=296$; $p=0.02$); имели более высокую совокупную длительность терапевтических ($U=290.5$; $p=0.02$) ремиссий; более высокий «индекс трезвости» (отношение длительности ремиссии к длительности заболевания, $U=306$; $p=0.03$).

Корреляционный анализ (критерий Спирмена) выявил наличие положительных взаимосвязей между различными паттернами называния и длительностью запоя ($r=0.52$; $p=0.02$) и отрицательных между

осознанием (вербализацией) причины смерти и длительностью заболевания ($r=-0.47$; $p=0,02$), скоростью формированию синдрома отмены ($r=-0.41$; $p=0,04$), совокупной длительностью установленных ремиссий ($r=-0.42$; $p=0,04$), индексом ремиссии ($r=-0.39$; $p=0,05$); числом алкогольсвязанных заболеваний и «семейным секретом» заболевания /смерти ($r=-0.42$; $p=0,035$) в Группе 1. В Группе 2 имелась лишь положительная связь между скоростью формирования синдрома отмены и паттерном называния в честь умершего родственника ($r=0.47$; $p=0,004$), и отрицательная – между длительностью запоев ($r=-0.48$; $p=0,017$) и осознаваемым значением имени.

Выводы. В результате кластерного анализа были выделены две четко очерченные группы пациентов с АЗ. Первая группа ($N=25$) характеризовалась более редкой частотой вербализации предполагаемых параметров имплицитных сценариев (скаффолдинга и прайминга), большей тяжестью зависимости по показателям, связанным с попытками лечения и ремиссии АЗ, и более сильными и частыми статистическими связями между указанными параметрами тяжести зависимости и различными вариантами прайминга. При этом направление данных связей свидетельствовало об утяжелении картины АЗ в присутствии прайминга в данной группе. Во второй группе ($N=36$), характеризующейся более частой выявляемостью скаффолдинга и прайминга (что свидетельствует о более высоком уровне рефлексии семантических опор участниками данной группы), сходные корреляции отсутствовали. Таким образом, было получено частичное подтверждение гипотезы о том, что пациенты с АЗ, неспособные к рефлексии личной и семейной истории и не осознающие ее вклада в собственную судьбу и планируемое будущее, будут демонстрировать большую тяжесть зависимости по показателям, связанным с планированием поведения по поддержанию трезвости.

Литература

1. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А.Бека и культурно-историческая психология Л.С.Выготского // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 2. С. 20–33.
2. Schacter D.L., Benoit R.G., Szpunar, K.K. Episodic future thinking: mechanisms and functions // Current Opinion in Behavioral Sciences. 2017. Vol. 17. P. 41–50.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.

Репродуктивные установки больных параноидной шизофренией в связи с переживанием стигматизации и самостигматизации

Федорова Е.М., Тагильцева А.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет, Россия
faleksa8@mail.ru*

Ключевые слова: репродуктивные установки, стигматизация, самостигматизация, шизофрения

Reproductive attitudes in context of stigmatization and internal stigma in patients with schizophrenia

Fedorova E.M., Tagiltseva A.V.

*St-Petersburg State Paediatric Medical University, Russia
faleksa8@mail.ru*

Keywords: reproductive attitudes, stigmatization, internal stigma, schizophrenia

Введение. В настоящее время практически отсутствуют психологические программы помощи лицам с психическими расстройствами, решившим создать семью и зачать ребенка. Существующее в обществе предвзятое отношение к тематике психических расстройств приводит к тому, что лицам с диагнозом психического расстройства трудно просить о помощи и признаться, что они столкнулись со сложностями в принятии решений, касающихся деторождения.

В обществе существует тенденция осуждать матерей, которые приняли решение о зачатии ребенка, зная о своем психиатрическом диагнозе. Более того, многие люди считают, что психически больные не вправе создавать семью и растить детей. Такие люди могут представляться опасными, непредсказуемым, ненадежным, безответственным. Люди с психическими расстройствами интернализуют негативное отношение к себе, что приводит к самостигматизации и отказу от идеи создать семью [2].

Особенно актуальной данная тема представляется в связи с политикой государства по увеличению рождаемости, которая не учитывает особые нужды лиц с ментальными расстройствами [1].

Материалы и методы. Для изучения взаимосвязи репродуктивных установок, стигматизации и самостигматизации было организо-

вано эмпирическое исследование. В качестве испытуемых в исследование вовлекались больные шизофренией, параноидная форма (F20.0). Критериями включения являлись: репродуктивный возраст (от 20 до 30 лет), устойчивая лекарственная ремиссия, длительность протекания заболевания не более 5 лет. Респонденты получали медицинскую помощь в рамках систематического динамического наблюдения амбулаторно. Критериями исключения являлись: психоз, наличие эмоционально-волевого дефекта, интеллектуальная недостаточность, длительность заболевания более 5 лет.

Испытуемые были разделены по полу, соответственно, сформированы две группы сравнения: 13 женщин и 11 мужчин.

Методы исследования: авторская анкета «Репродуктивные установки и опыт стигматизации» (Тагильцева А.В., Федорова Е.М.); методика «Незаконченные предложения» (С. Леви в модификации Тагильцевой А.В., Исхаковой Д.Р., Федоровой Е.М.); «Опросник по самостигматизации» (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н.). Полученные эмпирические данные подвергались математико-статистической обработке по критерию уровневых различий Манна-Уитни и корреляционному анализу по методу Спирмена.

Результаты. По данным анкетирования, женщины с диагнозом «шизофрения», значимо чаще сообщали о проявлениях стигматизации со стороны общества, чем мужчины. Также, показатели самостигматизации у опрошенных женщин выше, чем у мужчин. При ответах на вопросы о возможном родительстве, женщины чаще предполагают, что не справились бы с возлагаемыми на родителя обязанностями, поскольку они больше психически расстроены.

Опрошенные женщины сообщают, что тематика материнства не является для них актуальной, напротив, она вызывает негативные эмоции. Тогда как опрошенные мужчины чаще сообщают об актуальности темы родительства, но конкретных планов по рождению ребенка они не строят, что скорее предполагает декларативный характер заявлений о ее актуальности. Одной из основных причин отказа от родительства является наличие психического расстройства и, возможно, страх не справиться с возлагаемыми на родителя обязательствами, страх ухудшения психического состояния, страх не дать ребенку полноценного детства и др.

Согласно «Опроснику по самостигматизации», женщины достоверно чаще ($p < 0.05$) были убеждены, что станут или уже стали несостоятельными из-за болезни, в частности в сфере родительства и материнства. Они склонны к недооцениванию своих возможностей и переоценке влияния болезни на жизнь.

По данным методики «Незаконченные предложения» у мужчин значимо более выражены установки «долженствования» по отношению к родительству ($p < 0.01$), а у женщин «отвержение» по отношению к ма-

теринству ($p < 0.01$). Можно предполагать, что для мужчин исследуемой группы, привычно полагаться на мнение общества в вопросах родительства, несмотря на болезнь, родительство воспринимается мужчинами как долг, как обязанность. Женщины исследуемой группы относятся к родительству негативно, материнство является для них чем-то нежелательным, обременяющим, лишаящим их здоровья и провоцирующим ухудшение психического состояния.

Корреляционный анализ показал, что имеется связь между амбивалентным и негативным отношением к родительству и компонентами самостигматизации. «Амбивалентное» отношение к материнству у женщин положительно коррелировало с «убежденностью в собственной несостоятельности в целом» ($r = 0,554$, $p \leq 0,05$), а также с «переоценкой самореализации до болезни» ($r = 0,577$, $p \leq 0,05$). Чем более выражено представление о собственной несостоятельности в целом и чем более женщины переоценивают свою самореализацию в период до болезни, тем более выражено амбивалентное отношение к родительству. Можно предполагать, что женщинами психическое расстройство воспринимается как препятствующее реализации материнской роли еще и потому, что забота о ребенке слишком тяжелый и энергозатратный труд, а период, когда они были активными, могли себя реализовать остался позади, во времени «до болезни».

«Отвержение» родительства у женщин отрицательно коррелировало с «положительными отношениями с окружающими» ($r = -0,673$, $p \leq 0,05$) и положительно с «балансом аффекта» ($r = 0,688$, $p \leq 0,01$). Чем менее положительными воспринимаются отношения с окружающими, чем более выражены черты негативной самооценки, тем чаще женщины отвергали для себя роль матери. Можно предполагать, что отвержение материнства связано с ощущением дефицита социальной поддержки и переживаниями несостоятельности и беспомощности.

Выводы. Женщины с диагнозом «шизофрения» чаще сообщают об опыте стигматизации в связи с психической болезнью, в том числе в сфере репродукции и родительства. Им в большей степени, в сравнении с мужчинами, свойственны негативные репродуктивные установки, отвергающее отношение к материнству и, также, они чаще связывают отказ от материнства и страх не справиться с родительскими функциями с наличием психической болезни. У мужчин с диагнозом «шизофрения» декларация положительных репродуктивных установок сочетается с менее дифференцированными представлениями о родительстве и преобладанием отношения к отцовству по типу долженствования. Негативные и амбивалентные репродуктивные установки у женщин связаны с психологическими компонентами самостигматизации. Амбивалентное отношение к родительству у женщин связано с убежденностью в собственной несостоятельности в целом и переоценкой самореали-

зации до болезни, тогда как отвержение родительства связано с негативной оценкой отношений с другими людьми и с негативной самооценкой, переживаниями собственной беспомощности и бессилия.

Литература

1. *Seeman, M.V.* Parenting Issues in Mothers with Schizophrenia Current Women's Health Reviews // Department of Psychiatry, Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto, Ontario. – Canada, 2010. – Vol. 6(1). – P. 51–57.
2. *Valerie Fox*, First Person Account: Schizophrenia and Motherhood, Schizophrenia Bulletin, Volume 30, Issue 4, 2004, Pages 763–765.

Анализ особенностей визуализации внутренних образов у людей с психическими расстройствами

Шилко Н.С., Ениколопов С.Н.
ФГБНУ «Научный центр
психического здоровья», Москва, Россия
nikita@shilko.ru, enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: воображение, фантазии, сновидения, галлюцинации, внутренний образ

Analysis of specific aspects about internal images visualization by the people with mental disorders

Shilko N.S., Enikolopov S.N.
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Keywords: imagination, fantasies, dreams, hallucinations, internal image

Введение. Воображение, фантазии, сновидения и галлюцинации – это относительно самостоятельные психические процессы, которые оперируют внутренними образами человека, при этом они включают в себя существующие и несуществующие образы.

При рассмотрении научных трудов можно выделить на теоретическом уровне достаточно четкие границы между воображением, фантазиями, сновидениями и галлюцинациями у психически здоровых людей. Но при наличии различных психических отклонений, например, при наличии психотического состояния с обманами восприятия или при паталогическом фантазировании [Шилова О.В., 2007] выявляется размытие границ между данными процессами.

Данное исследование психических процессов позволяет определить способность психически здоровых людей и людей с психотической симптоматикой к дифференциации процессов воображения, фантазий, сновидений и галлюцинаций, а анализ рисунков образов исследуемых процессов позволяет определять их эмоциональную окраску.

Стоит отметить, что в некоторых научных работах описывается неадекватный выбор цветовой гаммы среди пациентов с психотическим уровнем расстройства для изображения образов воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации. Считается, что рисунки таких пациентов чаще содержат серый, черный и красный цвет [Базыма Б.А., 2005].

Цель исследования: Сравнение особенностей представлений о воображении, фантазиях, сновидениях и галлюцинациях и субъективного опыта их переживания у психически здоровых людей и у людей с психическими расстройствами.

Материал и методы. В исследование приняли участие условно психически здоровые люди – контрольная группа, состоящая из 44 человек в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст группы 23.4 года, SD = 2.7. И люди, имеющие в анамнезе психотическую симптоматику, в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст группы 20.2 года, SD = 2.5. Данная группа включала в себя 2 подгруппы:

Группа из 23 человек с первыми психотическими эпизодами юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) с галлюцинаторными расстройствами, бредовыми симптомами в сочетании с аффективными расстройствами (F20; F25).

Группа из 21 человека с непсихотическими психическими расстройствами (первичные диагнозы по МКБ-10: F31; F32; F34; F60; F21), соответствующие критериям группы риска по развитию шизофрении, с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) [Каледа В.Г. с соавт., 2017] в структуре ведущего психопатологического синдрома

Обследование проводилось на этапе становления ремиссии при редукции психопатологических расстройств. Исследование проводилось на базе ФГБНУ НЦПЗ. В ходе исследования применялись методы:

- Полуструктурированное клиническое интервью, состоящее из ряда вопросов, направленных на определение представлений респондентов об исследуемых психических процессах.
- Рисуночная методика «Пример воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации».
- «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина» для анализа влияния темы галлюцинаций на респондентов.
- Методики «Сравнение понятий», «Четвертый лишний», «Толкование пословиц» для исследования мышления.

Результаты. Психически здоровые люди, в основном, выделяют в самостоятельные группы воображение, фантазии, сновидения и галлюцинации, а их представления об исследуемых процессах согласуются с научными определениями. У людей с субпсихотическим уровнем психических расстройств границы между исследуемыми психическими процессами становятся менее жесткими, а у людей с психотическим уровнем психических расстройств эти границы практически размыты. Данные отличия между исследуемыми психическими процессами могут быть связаны с влиянием психотической симптоматики, нарушением операционального компонента мышления в виде искажения процесса обобщения.

При анализе цветового спектра рисунков воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации выявлены межгрупповые различия ($p=0,0001$):

условно психически здоровые респонденты использовали в среднем 3 цвета, а пациенты с психотической симптоматикой – в среднем 1 цвет.

В группе с психотическим уровнем психического расстройства рисунки образов фантазий и сновидений чаще содержат серый цвет, что может быть связано со страхом возникновения галлюцинаций [Базыма Б.А., 2005]. Пациенты с субпсихотическим уровнем расстройства использовали один цвет – голубой или коричневый. Это может быть связано с «промежуточным состоянием» психики, при котором респонденты способны адекватно выбирать цветовой спектр для выражения своих эмоций. Рисунки сновидений схожи по цветовой гамме (преимущественно серый цвет) среди всех исследуемых групп, что может быть связано с негативными эмоциями.

В группе психически здоровых респондентов воображение вызывают положительные эмоции, фантазии могут содержать в себе амбивалентные переживания, а сновидения и галлюцинации чаще содержат негативные эмоциональный заряд. Опыт переживания о данных психических процессах у людей с психотическим опытом отличается по эмоциональной окраске. Так, воображение у пациентов с психотическим уровнем психического расстройства вызывает положительные эмоции, а в группе с субпсихотическим уровнем психических расстройств отмечается наличие не только положительных, но и негативных эмоций; фантазии, сновидения и галлюцинации связаны у пациентов с негативными переживаниями. Отрицательные эмоции, связанные с воображением в субпсихотической группе психического расстройства, могут проявляться на фоне депрессивной симптоматики и подавленного настроения.

Люди с психотическим опытом, так и люди без него испытывают тревогу в отношении галлюцинаций ($p=0,036$). Возникновение тревоги у людей, имеющих галлюцинаторный опыт, может быть связано с эмоциональным возвратом к прошлому опыту, а также страх, что у больных повторно подозревают наличие галлюцинаций, в результате чего могут отложить выписку из больницы.

Литература

1. Шилова О.В. Основы общей и частной психиатрии и наркологии – Москва: ГомГМУ, 2007. – 112с.
2. Базыма Б.А. Психология цвета: теория и практика – Москва, 2005. – 208 с.

Эффективность провитального психотерапевтического интервью по повышению приверженности долгосрочному лечению у пациентов с алкогольной зависимостью

Шустов А.Д., Клименко Т.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

sashashustov777@mail.ru, nscn@serbsky.ru

Ключевые слова: алкогольная зависимость, комплаенс, провитальное интервью, SOCRATES

Contribution of Provital Psychotherapeutic Interview to Long-Term Treatment Compliance Improvement in Patients with Alcohol Dependence

Shustov A.D., Klimenko T.V.

*National Medical Research Center for Psychiatry and
Narcology named after V.P. Serbsky. Moscow, Russia*

sashashustov777@mail.ru, nscn@serbsky.ru

Keywords: alcohol dependence, compliance, provital interview, SOCRATES

Мотивирование к прохождению долгосрочной терапии у пациентов с алкогольной зависимостью является одним из наиболее важных элементов существующих лечебно-реабилитационных программ [1]. В ходе выполнения диссертационной работы одного из авторов (А.Д. Шустов), запланированной в ННЦ наркологии в 2015 г., было решено провести мотивирование к долгосрочной терапии стационарного контингента зависимых от алкоголя с использованием краткого варианта провитального терапевтического интервью как терапевтического инструмента и оценить его эффективность. Краткий вариант провитального интервью (ПИ) основывался на 17 вопросах, имеющих наибольшую факторную нагрузку в отношении суицидального поведения, составляющих так называемый «коэффициент суицидальной опасности» [2]. Подробный терапевтический алгоритм проведения интервью сообщался нами в ранней публикации [3].

Изучение эффективности ПИ проводилась в двух группах пациентов (68 мужчин), поступивших на стационарное лечение в клинику ННЦ наркологии и частную наркологическую клинику. Все пациенты, были распределены на 2 группы случайным образом. С пациентами ос-

новой группы («1 группа», 37 человек), поступившими в стационар в понедельник или среду, проводилось провительное интервью (ПИ), с пациентами контрольной группы («2 группа», 31 человек), поступившими во вторник и четверг, проводилась традиционная наркологическая мотивирующая беседа в форме консультирования по вопросам зависимости от алкоголя и ПАВ, соответствующая по объему времени и внимания ПИ, но не затрагивающая вопросы ПИ. Обе группы не различались между собой по возрасту и социо-демографическим показателям. Эффективность проведения ПИ оценивалась с помощью движения по стадиям изменения в методике «Опросник SOCRATES или Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться» 8А версии [4], а также по клиническим признакам, таким как: «выписка, вопреки совету врача», «добровольное решение о продолжении долгосрочного лечения в реабилитационном центре», «продолжение долгосрочного лечения в реабилитационном центре после медицинской интервенции», участие в программе «долгосрочной поддерживающей психотерапии».

Пациенты 1 группы после ПИ значительно повышали способность своего мышления к осознанию зависимого поведения («Признание»), размышляя и взвешивая все «За» и «Против» по его изменению («Амбивалентность») и, наконец, находили значимо больше доводов к тому, чтобы действовать («Действия») в позитивном направлении. Последнее, применительно к задачам исследования, означает действия, направленные на продолжение антиалкогольного лечения. Во 2 группе пациентов значения всех этих показателей значимо не изменялись. При межгрупповом сравнении значений теста SOCRATES по критерию Манна-Уитни не было определено различий между группами при 1 тестировании (до проведения каких-либо интервью), что говорит об одинаковом исходном уровне тестируемых 1 и 2 групп. Таким образом, эффективность ПИ, характеризующая позитивный внутренний процесс изменений, была инструментально подтверждена.

Сравнивая группы по клиническим критериям, было определено, что в 1 группе достоверно чаще ($p=0,005$) пациенты добровольно решали продолжить долгосрочное лечение и реабилитацию в рамках реабилитационного центра (РЦ) и реже уезжали в РЦ после выездной интервенции ($p=0,038$), по сравнению с группой 2, в которой значимо чаще по сравнению с 1 группой пациенты выписывались вопреки совету врача ($p=0,005$).

Если обобщить оба использованных в работе подхода, то следует заметить, что тест SOCRATES и значимые изменения показателей его стадий, которые продемонстрировали пациенты после ПИ, отражали внутренний позитивный процесс этих пациентов, тогда как результаты по клиническим критериям подтверждали внутреннюю готовность реальными внешними действиями. Пациенты контрольной группы таких изменений не демонстрировали.

Литература

1. Ассоциация наркологов России. Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации. М.: ООО «Нью-Терра», 2015. 154 с.
2. *Меринов А.В.* Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб.: Экспертные решения, 2017. 192 с.
3. *Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В.* Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике. Суицидология. 2020. Т.11, N. 1. С. 53–66.
4. *Miller W.R., Tonigan J.S.* Assessing drinkers' motivation for change: the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996. Vol.10. P.81–89.

Выздоровление аддиктивного пациента

Шустов Д.И.

*Рязанский Государственный Медицинский
Университет им. ак. И.П. Павлова, Россия*
dmitri_shustov@mail.ru

Тучина О.Д.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия*

Ключевые слова: выздоровление, ремиссия, синдром зависимости, психотерапия, наркология

Recovery of Patients with Addiction

Shustov D.I.

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Russia,

Tuchina O.D.

*Moscow Research and Practical Centre for
Narcology of the Department of Public Health, Russia*

Keywords: recovery; remission; substance dependence; psychotherapy; addiction medicine

Исследования эффективности психотерапии Айзенка, а затем Бергина и Ламберта установили, что от 40 % до 67 % людей, страдающих от эмоциональных нарушений, самостоятельно избавляются от них в течение двух лет. Эпидемиологические исследования алкоголизма и связанных с ним заболеваний, проведенное под эгидой Национального института алкоголизма США, утверждают, что 75 % всех зависимых от алкоголя преодолели заболевание, а 75 % от выздоровевших – сделали это без лечения и участия в программах сообществ [4]. Обзор всех эпидемиологических исследований с более чем 20-летним сроком наблюдения показал, что большинство (>50 %) больных шизофренией достигают клинического восстановления (выздоровления) [3].

Что связывает эти 3 факта?

Во-первых, в долговременной перспективе люди, страдающие от психических расстройств, могут восстанавливать доболезненный уровень функционирования, причем в большей половине случаев они делают это без помощи медицинской среды.

Во-вторых, движущей силой, противостоящей патологическому процессу, является процесс выздоровления (recovery), которое не является одиночным событием или итогом. Мы можем говорить о кон-

цепции выздоровления (восстановления), которую в 2004 г. SAMHSA (US Substance Abuse Mental Health Services Administration) определила следующим образом: «Восстановление психического здоровья – это дорога исцеления и преобразования личности, в конце которой стоит возможность жить полноценной жизнью в том сообществе, которое человек выбирает, а также возможность полной реализации своего личностного потенциала» [цит. по 3].

В отечественной наркологии процесс выздоровления (на фоне концепции прогрессирующего течения болезней зависимости) рассматривается либо как достижение долговременной терапевтической ремиссии, либо как спонтанное (естественное) выздоровление (спонтанная ремиссия), которое связывают с наличием внешних (соматическое заболевание, смерть собутыльника, заключение и др.) дистрессовых факторов. С другой стороны, в терапевтических сообществах процесс выздоровления ассоциируют с началом собственно лечения и «работы по шагам» в 12-шаговой модели АА.

С нашей точки зрения процесс выздоровления – это особый динамический процесс, который инициирует нормативная личность зависимого [1], используя различные внешние и внутренние ресурсы. Мы различаем 2 типа выздоровления.

Первый тип выздоровления известен в сообществе АА как «бег вверх по эскалатору, идущему вниз» [2]. То есть поддержание такого выздоровления требует постоянных усилий личности и поддерживающего окружения. В США согласительная комиссия Института Бетти Форд определяет этот тип выздоровления как добровольно поддерживаемый стиль жизни, характеризующийся трезвостью, личным здоровьем и гражданской позицией, не исключающая поддерживающее употребление назначенных врачом медикаментов. Согласительная группа по выздоровлению Комиссии Соединенного Королевства по вопросам политики в области наркотиков (UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group) также понимает под выздоровлением добровольный контроль над употреблением психоактивных веществ, который приводит к максимальному улучшению здоровья и благополучия, а также участию в осуществлении прав, выполнении ролей и обязанностей, предусмотренных обществом. При этом, группой признается, что существуют различные пути к выздоровлению, включая медикаментозно-поддерживаемую трезвость.

Второй тип выздоровления характерен для молодых зависимых людей; для людей, никогда не обращавшихся за терапевтической помощью по вопросам зависимости; для людей, прошедших психотерапию, связанную с изменением личностной структуры; и для зависимых, прошедших краткосрочную психотерапию, но сумевших самостоятельно добиться успехов и излечиться. Выздоровление здесь – это процесс, с помощью которого индивид может продвигаться от проблемного нар-

копотребления к свободному от наркотиков стилю жизни как активный и плодотворный член общества [5].

То есть основное различие между первым типом выздоровления и вторым заключается в характере процесса: при первом типе выздоровления – это контролируемый болезненный процесс; при втором – процесс самоосуществления, который был заблокирован развившейся зависимостью. Вместе с тем, оба типа могут быть как терапевтическими, так и естественными; оба типа улучшают качество жизни за счет восстановления профессионального и семейного статусов; оба типа предусматривают контролируемую или полную трезвость; оба типа увеличивает продолжительность жизни за счет снижения проявлений суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии и повышения безопасности функционирования.

Литература

1. *Валентик Ю.В.* Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н. Иванца, 2-е изд. М.: Нолидж, 2000. С. 295–308.
2. *Горски Т.Т.* Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013. 160 с.
3. *Bellack A., Drapalski A.* Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry. 2012. Vol. 11. P. 156–160.*
4. *Dawson D.A. et al.* Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction. 2005. Vol. 100(3). P. 281–292.*
5. The Scottish Government. The road to recovery: a new approach to tackling Scotland's drug problem. Edinburgh, 2008. 83 p.